Vingtième année N° 1 1er Janvier 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Vœux de nouvelle année.

Vous n'attendez pas de nous, chers confrères, des souhaits enthousiastes, avec l'indication de chimériques espérances pour l'année 1898.

L'avenir professionnel est sombre, et s'assombrira encore davantage. Pour l'améliorer, nous n'avons à compter sur rien de ce qui nous entoure : pouvoirs publics, groupements sociaux, professions voisines, tout nous est plutôt hostile. Il faut donc souhaiter, à tous les médecins, le courage dans la lutte qui s'annonce de plus en plus vive ; et ce vœu résume tous les autres.

Mais le courage naît surtout de la confiance en nous-mêmes, en nos aptitudes, en nos ressources défensives.

Où trouverons-nous tout cela ? Dans les compétitions isolées ? Dans l'intrigue ? Dans le quémandage? Dans le mercantilisme? Non, l'expérience est faite, elle n'aboutit qu'aux cuisants déboires, et aux guerres intestines.

Notre force, la vraie, celle qui suffira à nous faire triompher de toutes les épreuves, est dans l'union intime, poussée jusqu'à l'esprit de corps, avec ses légers sacrifices personnels à la cause commune. Elle comporte la mise en action de nos énergies individuelles, orientées vers la prévoyance, le respect, les secours réciproques, et, en un mot, toutes les manifestations actives de la solidarité. De ce côté aussi, l'expérience est faite. La lettre récente d'un des nôtres en apporte une preuve de plus :

« Le médecin assuré contre la maladie, la « vieillesse, les risques professionnels, peut, réel- « lement, dit ce confrère, avoir un certain cal- « me d'esprit et envisager l'avenir avec hardies- « se. Je suis étonné, navré de l'insouciance, de « l'ignorance, où sont la plupart des médecins « qui m'environnent, en ce qui touche toutes « vos œuvres de prévoyance, et malheureuse- « ment aussi, les règles déontologiques. Bien des « fois j'ai entamé ce sujet avec quelques-uns, « sans succès d'ailleurs. Bien que le *moi* soit « haïssable, je leur citais mon exemple : « céliba- « taire, gagnant assez bien ma vie, très heureux « de mon sort, je prends mes précautions con- « tre les jours mauvais ; comment eux, pères de « famille, n'en feraient-ils point autant ? » Rien à « obtenir. Des plaintes et lamentations à rece- « voir sur les temps malheureux et les mauvais « clients, choses que je me lasse d'écouter. « Aux femmes de geindre et de pleurer. Un « homme résolu, ferme et loyal, se contente de « réfléchir et d'agir : placé dans un pas difficile, « devant un malheur, il cherche le moyen d'en « sortir. C'est la ligne de conduite que vous in- « diquez, et pratiquez depuis 20 ans, n'est-il pas « vrai ? c'est la seule bonne. — L'usage m'en a « réussi. Arrivé 5e *médecin dans une ville de* 3.500 « *habitants*, avec un faible rayon de campagne, j'ai « réussi à me créer une petite situation qui me « satisfait et s'améliore chaque année ; cela sans « aucun appui, aucun patronage, aucune hypo- « crisie religieuse ou politique. Cependant je « vis en bonne intelligence avec mes 4 confrè- « res et les 3 pharmaciens. Jamais, il est vrai, je « n'ai rien fait, ni rien dit pour blesser ou léser « quiconque ; à ma connaissance, jamais je n'ai « visité le client d'un confrère à son insu. Cha- « que semaine je refuse des visites demandées « dans des conditions qui ne me conviennent pas. « Ne pas faire aux autres ce que je n'aurais pas « voulu qu'on me fît, telle a été ma seule règle, « d'après vos conseils. Elle m'a procuré une « clientèle, et *quelque bonheur par surcroît.* »

Ainsi, la pratique des recommandations que nous ne cessons de formuler conduit à la satisfaction, au succès de bon aloi, et donne, par surcroît, quelque bonheur.

Pouvons-nous mieux faire que de souhaiter à tous les membres du Concours de devenir des croyants fanatiques et des pratiquants résolus, comme l'auteur des lignes que nous avons reproduites ?

Le *Sou médical* nous dira si nos vœux furent agréés et exaucés.

Société civile du « Concours Médical ».

Séance du Conseil de Direction du 16 décembre 1897.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne et Maurat.

Excusé : M. le docteur Gibert.

Etudes préparatoires pour l'organisation du « Sou médical » quotidien.

Le Conseil décide le rédaction d'une circulaire contenant : 1° l'exposé du Dr Gassot ; 2° les statuts (extraits) ; 3° une formule d'adhésion ; 4° un questionnaire.

Cette circulaire sera d'abord insérée dans le n° 2 du journal de 1898. Elle sera adressée au reste des médecins de France le 15 janvier prochain.

Le Conseil désigne provisoirement pour l'organisation de la Société : M. le Dr Jeanne comme Secrétaire général, M. le Dr Gassot comme trésorier.

Le Conseil s'occupe de l'organisation du *Conseil d'arbitrage*, dont la création a été décidée en assemblée générale.

Une demande de secours a été adressée par la veuve d'un confrère. Il est impossible actuellement à notre Société de distribuer des secours, mais des démarches seront faites près de la ou des Sociétés, dont il faisait partie.

Le *Syndicat français* pour recouvrements de notes d'honoraires soumet de nouvelles conditions que le Conseil examine et accepte.

Le Comité s'entretient également de la création du *Conseil Médical*, décidée par l'Assemblée générale.

Il prend ensuite connaissance des lettres reçues et donne à chaque affaire la solution qu'elle comporte.

Association amicale des médecins français.

Séance du 23 décembre 1897.

Présents : MM. Cézilly, Jeanne, Gassot.

Excusés : MM. Maurat et Archambaud.

Le Conseil alloue les indemnités suivantes calculées jusqu'au 31 décembre 1897.

Au sociétaire	n° 46	pour 4 jours.....	40 fr. »»
—	n° 70	— 6 jours.....	60 » »»
—	n° 79	— 28 jours.....	280 » »»
—	n° 82	— 3 m. et 11 j..	336 » 60
—	n° 84	— 3 jours.....	30 » »»
—	n° 91	— 32 jours.....	320 » »»
—	n° 119	— 3 mois.....	300 » »»
—	n° 139	— 17 jours.....	170 » »»
—	n° 150	— 3 mois......	300 » »»
		A reporter.	1836 fr. 60
		Report.	1836 fr. 60
Au sociétaire	n° 170	— 46 jours.....	460 » »»
—	n° 201	— 17 jours.....	170 » »»
—	n° 222	— 19 jours.....	190 » »»
—	n° 238	— 53 jours.....	530 » »»
—	n° 249	— 27 jours	270 » »»
—	n° 256	— 7 jours.....	70 » »»
—	n° 258	— 3 m. et 10 j.	333 » 30
—	n° 328	— 60 jours 2 m. et 22 jours.	876 » 55
—	n° 401	— 26 jours.....	260 » »»
—	n° 413	— 55 jours.....	550 » »»
		Total............	5546 fr. 45

Le Conseil autorise le passage à la combinaison B de MM. Labatut, de Dax.
Joullié, de Narbonne.

Le Conseil annule les admissions prononcées au 1er octobre de MM. Desforges (de Troyes) et Dubois (de Marcilly-le-Hayer) qui, après avis et rappels d'usage, n'ont pas envoyé leurs cotisations.

Il prononce ensuite les admissions ci-dessous :

Combinaison A.

MM. Loréal, de Vallet (Loire-Inférieure).
Lafitte, de la Brède (Gironde).
Monin, d'Ivry-le-Temple (Oise).
Laffitte, de Chef-Boutonne (Deux-Sèvres).
Bloch, de Paris (Seine).
Simonnot, d'Abbeville (Somme).
Lacroix, de Paris (Seine).
Audoucet, de Verzenay (Marne).
Letailleur, de Renescure (Nord).
Kohos, de Paris (Seine).

Combinaison B.

MM. Poncet, de Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise).
Rebière, de Bonnières (Seine-et-Oise).
Faraggi, de Montesson (Seine-et-Oise).
Rondeau, d'Aigurande (Indre).
Brauman, de Châteaurenard (Loiret).
Bazot, de Joigny (Yonne).
Baudron, de Josnes (Loir-et-Cher).
Laurent (Louis), du Havre (Seine-Inférieure).
Authenac, de Sainte-Sévère (Indre).
Michel, de Noisiel (Seine-et-Marne).
Simeray, de Melun (Seine-et-Marne).

LA SEMAINE MÉDICALE

La non ligature du cordon ombilical.

Notre confrère le Dr *Rogée*, de Saint-Jean-d'Angély, proteste énergiquement contre la non ligature du cordon ombilical des nouveau-nés que nous avons proposée dernièrement dans le *Concours* d'après le Dr *Kellar* (Amérique). « Je ne retiens de l'argumentation de M. Kellar que deux raisons nous dit M. Rogée :

I. On se passe de toute ligature chez les animaux.

2° L'hémorrhagie par le cordon mal lié, que l'on se propose de prévenir n'existe que dans l'imagination des praticiens. — Les animaux ne lient pas le cordon de leurs petits, mais ils le *mâchent*, pour le couper, ce qui revient au même. L'hémorrhagie existe si bien qu'une fois l'an passé, et une autre fois, il y a deux ans, dans deux localités voisines, deux de mes confrères

ont eu chacun un cas de *mort* par hémorrhagie du cordon mal lié. Je n'ai pas, depuis vingtans, une seule fois vu un accident de la ligature du cordon fait avec de la soie de Florence, et sans autre pansement, après lavage au sublimé, que la précaution d'envelopper d'une compresse aseptique les deux centimètres de cordon restant et destinés à s'éliminer. Je crois qu'il serait dangereux d'enseigner aux médecins de se passer de cette ligature. »

Nous n'avons d'ailleurs pas donné notre appréciation sur la valeur de la non ligature du cordon ; nous l'avons proposée sans nous prononcer et, de fait, peu d'accoucheurs français pourraient se prononcer, ne l'ayant pas essayée d'une manière méthodique.

La méthode de Schmeiser dans le traitement de la toux de l'oppression et du catarrhe bronchique.

Laënnec avait dit : « Pour guérir les maladies de poitrine, c'est toujours par les bronches elles-mêmes, qu'il faut administrer le remède. » Un docteur allemand, le Dr Schmeiser, a institué toute une méthode de traitement, en se basant sur le principe du grand clinicien français.

Voici la description de son procédé :

1° AIR SEC

L'air médicamenteux de Schmeiser est obtenu par la distillation, en quelque sorte fractionnée, de branches d'épiceas fraîchement cueillies. Cette distillation s'opère dans un vaste appareil de dix mètres cubes environ de capacité sous l'action d'un courant d'air pur et sec. Cet air attaque les branches d'épiceas à toutes les températures comprises entre 130° et 30°. Quand la distillation est terminée il ne reste plus que la fibre ligneuse du bois imprégnée d'une saveur acétique. Toutes les résines ont été sublimées.

L'analyse chimique de cet air a révélé la présence de goudrons ligneux, de phénols, d'acide acétique libre, de terpines, de traces d'ammoniaque et d'une quantité nettement appréciable d'ozone.

Cet air, qui constitue un pansement à propriétés éminemment cicatrisantes, est refoulé par un ventilateur puissant dans les salles des malades en traitement.

2° AIR HUMIDE.

Parallèlement à l'air sec, Schmeiser distille dans un autoclave sous la vapeur surchauffée, des branches d'épiceas. Il obtient ainsi, en laissant la vapeur se détendre dans les salles où sont traités certains malades, un brouillard qui n'est autre chose que de la sève de pin obtenue et maintenue à un état moléculaire qui rend possible la pénétration dans les bronches.

Ce brouillard, si on le condense, donne un liquide ayant une odeur éthérée agréable et sur lequel surnagent des huiles essentielles.

On y retrouve la terpine — l'acétate de bornyle — la limonine.

3° SALLES D'INHALATIONS.

Ces salles ont environ *cent mètres cubes*. Chaque salle est desservie par une arrivée d'air de Schmeiser sous pression de quatre à cinq centimètres d'eau. Le débit est de deux cents mètres cubes à l'heure, de façon à ce que l'air soit entièrement renouvelé toutes les trente minutes. La ventilation se fait de l'intérieur à l'extérieur par des vitres perforées. Six malades vivant dans une salle reçoivent deux cents mètres cubes d'air à l'heure, sur lesquels ils n'en utilisent que quatre pour leur consommation. Cet approvisionnement au centuple n'est pas un des côtés à passer sous silence dans cette méthode.

La sève de pin humide arrive dans les salles sous pression de deux à trois atmosphères et elle produit en se détendant un brouillard intense. En variant l'état hygrométrique des salles, on soulage spécialement telle ou telle manifestation broncho-pulmonaire.

Les effets physiologiques produits sont les suivants :

Tout d'abord, il peut arriver (une fois sur dix environ) qu'à la suite de la première séance d'inhalation, le malade soit pris d'un peu de lourdeur de tête. Ce malaise qui disparaît d'ailleurs au troisième jour et qui peut être le résultat d'une intolérance individuelle passagère s'explique en général par quelques troubles dyspeptiques préexistants. Ce n'est pas une contre-indication au traitement.

De même quelques malades signalent, au début, un petit retentissement vésical dû à la présence constatée de térébenthine dans l'urine. Enfin, dans quelques cas, on a observé une sensation de pesanteur au creux épigastrique que les malades m'ont décrite en termes si identiques que j'ai cru devoir les rapporter aux inhalations.

Tous phénomènes d'ailleurs qui disparaissent rapidement.

Les modifications qui s'observent dès les quatre ou cinq premiers jours du traitement sont les suivantes :

A. — *Diminution des expectorations d'abord* ;
B. — *Diminution de la toux qui procède par l'espacement des quintes jusqu'à la disparition absolue* ;
E. — *Disparition des sueurs de la gêne respiratoire, et possibilité de reprendre la position couchée.*
F. — *Désinfection des sécrétions bronchiques ou naso-pharyngiennes.*

Le massage des fractures.

M. le Dr *Just Championnière* a présenté récemment à l'Académie de médecine un malade atteint de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche avec grande mobilité et traité par le massage et la mobilisation immédiate, sans aucun appareil immobilisateur. La consolidation en bonne position et la restitution des mouvements a été très rapide.

Le traitement des fractures que M. Championnière a fondé sur des principes neufs, il y a plus de treize ans, a une importance très générale et bien autrement intéressante que les appareils de marche des fractures pour lesquels on a fait tant de bruit en Allemagne et dont une expérience intéressante a été communiquée par M. Reclus.

M. Championnière a montré que l'immobilisation n'était pas un élément indispensable ni même utile du traitement des fractures. Il a montré que le massage était la meilleure préparation et le meilleur complément d'une mobilisation propice à la réparation.

Les os mobilisés avec massage périphérique se réparent plus vite et plus parfaitement que ceux qui sont immobilisés.

Les membres massés sont souples et réparés dès la solidité obtenue.

M. Championnière a apporté à l'Académie les nombreuses observations de fractures de clavicule, plus de cinquante, et montré plusieurs malades qui donnaient la preuve que sans immobilisation il arrivait à un résultat supérieur à tous ceux obtenus par les appareils les plus compliqués.

Aujourd'hui, il montre un homme qui était atteint il y a quarante jours exactement d'une des plus mauvaises fractures de l'humérus, au-dessus de l'articulation du coude avec plusieurs fragments et mobilité en tous sens.

Cet homme souffrait cruellement et le coude paraissait être déformé par le moindre mouvement. Pendant les quatre premiers jours ce coude a été placé dans une gouttière. Au cinquième il n'a plus été que soutenu par une écharpe simple jusqu'au dix-huitième jour et depuis sans être fixé davantage. Le poids du membre devait suffire absolument à maintenir ce membre en bonne situation. Après 18 jours il n'était plus maintenu du tout.

Dès le premier jour ce malade a été massé et les douleurs cruelles de la fracture ont été rapidement atténuées.

Dès que le membre a eu une solidité qui paraissait devoir éviter toute déformation ultérieure, il a quitté l'hôpital le vingt-huitième jour et ce malade a continué à être traité pour une fracture grave à la consultation externe.

Le traitement a duré trois semaines.

Or, il s'agit d'une fracture grave qui passe pour avoir une mobilité très menaçante pour être très difficile à contenir.

Dans l'immense majorité des cas elle laisse après elle une raideur articulaire constituant une difformité souvent irrémédiable.

Au lieu de six semaines que l'on assigne d'ordinaire pour la solidité de l'humérus brisé nous avions un os solide en moins de trois semaines.

Le traitement s'était fait on peut dire sans douleur.

« Il faut insister sur ce point, car tous les opérateurs qui ne connaissent pas la question infligent des souffrances au sujet sous prétexte de massage.

« Un grand nombre de fractures de l'humérus sont justiciables du même traitement, toutes celles par exemple que l'on observe à quatre travers de doigt au-dessus du coude comme toutes celles qui sont supérieures à l'insertion du deltoïde. Plus de 20 fractures de cette sorte ont été depuis deux ans traitées d'après mes succès sous la direction de M. Dagron.

« Les sujets adultes et les sujets âgés qui présentent les plus mauvaises conditions pour ces fractures sont précisément ceux qui bénéficient le plus de mon traitement.

« J'ai fait pour ces fractures de l'humérus ce que je fais pour les fractures de clavicule, du radius, du coude, de l'omoplate et même pour bien des formes de fracture de jambe.

« Non seulement ces principes sont susceptibles d'une très grande généralisation pour les fractures, mais ce sont des principes de physiologie pathologique de la plus haute importance pour la réparation de tous les tissus qui ont subi un traumatisme. *L'immobilité ne favorise point la réparation des tissus et des organes.* Ceux-ci ont besoin de mouvement pour vivre.

L'immobilisation doit disparaître.

MÉDECINE PRATIQUE

L'urémie.

Dans un récent article, M. le Dr *Barré* exposait aux lecteurs du *Concours médical* une théorie assez séduisante de la pathogénie de l'urémie et de l'oligurie. D'après notre distingué confrère, le rein surmené, insuffisant à remplir ses fonctions de filtre éliminateur, réagirait comme le foie ou d'autres glandes de l'organisme et se fermerait pour ainsi dire spasmodiquement et brusquement à la filtration qui lui serait imposée, refusant tout passage aux nombreux poisons qu'il laisse habituellement le traverser pour s'éliminer, et amenant ainsi dans l'économie tout entière, le phénomène de l'engorgement et de l'accumulation qui s'observe dans toute conduite d'air ou de liquide subitement fermée.

Nous serions assez partisan nous-même de cette hypothèse bien vraisemblable et nous nous en contenterons jusqu'à nouvelle étude, ne voulant pas aujourd'hui nous étendre sur des considérations théoriques et restant purement et simplement dans le domaine de la pratique.

L'urémie est non pas la résorption de l'urine par le sang, mais l'auto-intoxication de l'économie par les poisons qu'elle a reçus du dehors, que des microbes lui ont fournis en pullulant chez elle, et enfin qu'elle-même a produits à la suite de son activité cellulaire propre, autrement dit, par les déchets de son fonctionnement. Toute machine qui travaille doit être débarrassée fréquemment des matériaux d'usure, des détritus qui l'encombraient ; or, la fonction urinaire est avec la défécation chargée de balayer constamment les détritus toxiques de l'économie animale. A la grande rigueur, le corps ne serait peut-être pas trop embarrassé des poisons qu'il produit lui-même par son fonctionnement ; mais, il reçoit trop souvent du dehors, par les ingesta, des substances surchargées elles-mêmes de toxines et de poisons dangereux.

Normalement, il se surmène pour s'en débarrasser par l'urine, la sueur et les fèces ; mais, si sa principale soupape, son filtre primordial, se ferme par suite d'une lésion plus ou moins profonde, l'élimination devient incomplète, et une partie des poisons reste dans la circulation, empêchant l'activité des échanges cellulaires, tuant sur place un grand nombre d'éléments anatomiques et en compromettant le renouvellement. Telle est l'URÉMIE, la TOXÉMIE PTOMAINIQUE.

I

SIGNES DE L'URÉMIE

L'urémie est aiguë ou chronique. L'urémie aiguë est habituellement un épisode de la néphrite : cependant, il est bon de savoir que l'urémie peut exister sans grosse lésion rénale et, par suite, il ne faut pas repousser l'idée d'urémie en présence d'une analyse d'urine négative

au point de vue de l'albumine. Ce ne sont pas toujours les urines albumineuses à précipité cailleboté, qui doivent le plus faire craindre une crise d'urémie. Les gros reins blancs de la néphrite parenchymateuse donnent des flots d'albumine dans l'urine, mais ils provoquent moins d'accès de toxémie que les petits reins rétractés du mal de Bright.

D'ailleurs, l'albuminurie peut exister certains jours et disparaître presque complètement, d'autres ; pour être bien valable, une analyse d'urine doit être faite plusieurs fois et à des moments d'émission variés. Au point de vue de la prédiction d'un accès d'urémie, ces analyses même bien faites ne signifient rien ; dans un grand nombre de cas, l'urémie se montre, alors que l'urine contient peu d'albumine. Une seule expérience pourrait permettre, peut-être, de pronostiquer l'attaque d'urémie, ce serait l'injection intra-veineuse à un animal, de l'urine du malade en observation.

Moins l'urine est toxique, après l'avoir été beaucoup, plus la rétention ptomaïnique dans le sang est à redouter, et, par suite, plus les phénomènes de l'urémie sont à craindre.

Donc, *premier point*, ne pas attacher une trop grande importance à la présence ou à l'absence d'albumine dans l'urine pour pronostiquer l'urémie aiguë.

Ceci posé, voyons quelles sont les formes cliniques de l'uremie aiguë : l'urémie se traduit généralement par des malaises vagues, une céphalée persistante, des nausées et des vomissements, un peu de délire, de l'abattement et de l'hypothermie. A ces signes généraux viennent s'ajouter d'autres symptômes plus ou moins bruyants, tels que convulsions, diarrhée, dyspnée, coma, manie, collapsus et refroidissement des extrémités dont la prédominance permet, suivant les cas, de caractériser l'accès d'urémie sous le nom de forme convulsive, forme intestinale, forme dyspnéique, forme comateuse, forme maniaque et délirante, forme algide et cholérique.

Mais passons en revue chacune de ces formes :

1° *La forme convulsive* est caractérisée par des mouvements toniques et cloniques, le plus souvent limitée à tel ou tel membre, ou à tel ou tel muscle dans une moitié du corps ou symétriquement : c'est à ces convulsions qu'on donne le nom d'*épilepsie jacksonnienne*, Fréquente chez les femmes et chez les enfants, l'urémie convulsive prends chez les femmes enceintes ou en état de puerpéralité le nom d'éclampsie puerpérale. M. Jaccoud a signalé une forme spéciale d'urémie convulsive à déterminations cervico-dorsales, qu'il désigne sous le nom de forme *tétanique*.

2° *La forme comateuse* s'observe dans les néphrites chroniques, tandis que la forme convulsive se rencontre plutôt dans les néphrites aiguës. Le coma est l'engourdissement à peu près complet de l'intelligence et de la sensibilité ; les réflexes sont à peine ébauchés, les cornées presqu'insensibles, les muscles en résolution, la respiration est accélérée ou ralentie, souvent irrégulière et saccadée (type de Cheyne-Stokes), la température est abaissée, le pouls presque normal. Il y a absence de paralysie.

Il y a cependant de l'incontinence urinaire et fécale, et du myosis.

M. Raymond a décrit une *forme apoplectique* avec hémiplégie, coma brusque, déviation conjuguée des yeux et mort rapide.

3° *La forme délirante et maniaque* est assez fréquemment consécutive à la forme convulsive ou à la forme comateuse : elle se borne à de simples hallucinations de l'ouïe, de la vue, du tact ou bien affecte une forme bruyante analogue au délirium tremens.

4° *La forme dyspnéique* se reconnaît à la gêne respiratoire intense, sans signes stéthoscopiques ; son début est subit, le malade présente tous les symptômes de l'asphyxie rapide, les yeux saillants, la face marbrée, vultueuse, la respiration accélérée, le pouls filiforme. Les phénomènes ne sont pas toujours aussi terribles et affectent une allure plus bénigne ; tantôt c'est de l'*asthme urémique*, tantôt c'est seulement *une respiration de Cheyne-Stokes* permanente. Les crises d'asthme sont nocturnes comme celles de l'asthme ordinaire ; elles durent parfois plusieurs heures avec des rémissions, pendant lesquelles la respiration se rétablit peu à peu : « La respiration de Cheyne-Stokes se révèle par des mouvements respiratoires, d'abord lents et réguliers, qui vont en s'accélérant, pour devenir anxieux et pénibles, et repassent ensuite par des phases inverses, se ralentissant insensiblement ; il existe même un moment où la respiration est totalement suspendue. Une nouvelle série de mouvements respiratoires se produit et se termine de la même façon que les précédentes. Ces successions de respirations bruyantes et d'apnées peuvent se montrer sans interruption jusqu'à la mort. En général, le coma accompagne les phénomènes respiratoires ; on note aussi parfois la rotation de la tête à droite ou à gauche, la déviation des globes oculaires au début de l'apnée, la contraction des pupilles pendant la pause, sa dilatation au moment de la reprise respiratoire. Généralement chaque reprise respiratoire est annoncée par un mouvement de déglutition, qui semble indiquer que le rythme respiratoire est bien sous la dépendance d'un trouble fonctionnel bulbaire »(1).

5° *La forme gastro-intestinale* est caractérisée par les vomissements et la diarrhée ; la langue est d'abord saburrale, puis rouge, dépouillée, sèche ; les vomissements sont alimentaires ou bilieux, ils exhalent souvent une odeur de carbonate d'ammoniaque, provenant de la décomposition de l'urée ; la diarrhée, qui compense les vomissements et qui est d'autant moins abondante que ceux-ci sont plus intenses, est tantôt purement séreuse et fétide, tantôt sanguinolente, dysentérique par suite des ulcérations intestinales que produisent le carbonate d'ammoniaque et les toxines éliminées par les fèces. Ces phénomènes gastro-intestinaux se reproduisent par accès et s'accompagnent d'un certain degré de torpeur et de semi-coma, de subdélire et d'engourdissement produit par l'intoxication bulbaire et cérébrale.

6° *La forme algide et cholérique* est une forme dysentérique foudroyante, s'accompagnant de crampes, de refroidissement des extrémités, d'hypothermie, de diarrhée incoercible et se terminant par la mort.

(1) Bonvalot. Traité de Médecine clinique et thérapeutique. Bernheim et Laurent. Maloine, 1895.

L'urémie chronique peut revêtir la plupart de ces formes, mais elle est principalement dyspnéique ou gastro-intestinale, et peut durer des semaines et des mois, avec des rémissions et des exacerbations ; l'état d'urémie chronique est caractérisé par des céphalalgies fréquentes, des crampes, du prurit, des bourdonnements, des troubles visuels, des vomissements, des accès de diarrhée, des crises dyspnéiques nocturnes, des bronchites à répétition. A la suite d'un refroidissement, d'un excès quelconque, d'un bon dîner, etc., une crise aiguë survient et prend la forme dyspnéique ou gastro-intestinale telle que nous l'avons décrite précédemment.

II

TRAITEMENT DE L'URÉMIE.

Une grande indication domine la thérapeutique de l'urémie, c'est de diminuer la congestion et le spasme du filtre rénal, dans les accès aigus comme dans l'état chronique. Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire, dans les accès aigus, de provoquer rapidement l'élimination des toxines retenues dans le sang, par des diurétiques, des purgatifs et le régime lacté, et de s'opposer à l'encombrement rénal par la saignée et le lavage du sang ; dans les cas chroniques, il faut aider l'élimination incomplète du rein par la stimulation de la peau et des intestins, tonifier la circulation, entretenir une bonne nutrition générale, décongestionner le rein et lui éviter toutes les causes d'afflux ou de stase sanguine (voyages, froid, fatigues, abus génitaux. etc.)

En réalité, le traitement est plus complexe que dans l'albuminurie ; le régime lacté qui est l'unique traitement de l'albuminurie, du moins, au début, est souvent mal supporté dans l'urémie.

« Dans les cas d'urémie aiguë, il faut, tout d'abord, décongestionner le rein en appliquant au niveau du triangle de J. L. Petit quatre à cinq sangsues de chaque côté ou quatre à cinq ventouses scarifiées. Les sangsues valent mieux. Si les accidents s'amendent, il faut employer, les jours suivants, des ventouses sèches ou scarifiées, des cataplasmes sinapisés.

« Aider cette thérapeutique par les boissons aqueuses, le lait exclusivement et les lavements d'eau pure qui seront gardés.

« Faire fonctionner la peau par des diaphorétiques et l'intestin par des purgatifs. Mais la saignée prime tout.

« Les purgatifs, en effet, sont combattus par beaucoup d'auteurs. Bouchard a montré, en effet, que 32 grammes de sang éliminent plus de toxines que 280 grammes de liquide diarrhéique et 100 litres de sueur. Donc ils ne remplissent pas le but, ils abaissent la pression vasculaire, produisent une grande déshydratation du sang et par cela même concentrent les toxines. Cependant, il faut dire que, ici, la pratique ne s'accorde pas avec la théorie. Les purgatifs, en effet, sont utiles, mais il faut en user avec discrétion et donner des boissons abondantes pour suppléer à l'eau perdue par les évacuations. Gubler donnait la préférence aux purgatifs salins ; en Angleterre, on use surtout du calomel. Généralement les drastiques sont plus spécialement employés.

« Quant aux sudorifiques, la pilocarpine est peu employée ; elle est dangereuse, elle produit des actions congestives, abaisse la tension artérielle, produit des vomissements, etc. Mollière, de Lyon, la conseille en applications externes d'après cette formule :

Nitrate de pilocarpine... 0 gr. 05 à 0 gr.10 ct.
Vasseline blanche....... 100 grammes.

« On fait des frictions sur tout le tronc avec cette pommade, et on recouvre ensuite de coton cardé et d'une toile cirée. Dans ces cas il se produit une sudation locale abondante et on remplace le coton imbibé de sueur par du coton sec. On peut recommencer cette opération plusieurs fois en 24 heures. Cette méthode donnerait d'heureux résultats dans les cas aigus et chroniques. La pilocarpine n'est pas absorbée, car on ne la retrouve jamais dans les urines ; il s'agit vraisemblablement d'une action excitative directe sur les glandes sudoripares. On constate aussi, dans ces cas, de la diurèse, ce qui résulte évidemment d'une action réflexe.

Dans les accès brusques très aigus d'urémie, il ne faut pas hésiter à pratiquer la *saignée générale*, aussi bien dans les cas de coma que dans les cas de dyspnée intense avec asphyxie rapide.

« La saignée est indiquée dans les cas aigus quand la fonction rénale a été brusquement supprimée, dans les cas de coma d'éclampsie puerpérale, scarlatineuse, de dyspnée urémique brusque, chez les individus vigoureux, etc. Elle est également indiquée dans les poussées congestives ou inflammatoires au cours du mal de Bright. Elle est contre-indiquée à la dernière période du mal de Bright.

« La saignée doit être copieuse de 300 à 500 grammes et on peut la répéter une ou deux fois dans les 48 heures.

« Chez les enfants, il est préférable d'user de sangsues, mais l'effet est évidemment moins rapide que celui de la saignée.

« Trousseau a préconisé la compression alternative des carotides dans l'éclampsie scarlatineuse, et on doit quelques succès à cette méthode qui permet d'arrêter les convulsions.

« Inutile d'insister sur le chloroforme si usité aujourd'hui contre l'éclampsie puerpérale, sur les inhalations d'éther, sur les lavements de chloral que l'on peut donner à très fortes doses surtout chez les éclamptiques. Les bromures peuvent être associés au chloral (1).»

M. Tarnier disait souvent : Le traitement de l'éclampsie se résume à ceci : saignée abondante, régime lacté exclusif, purgatif drastique, chloroforme ou oxygène en inhalations.

Dans les manifestations urémiques survenant au cours de l'albuminerie chronique, il faut observer une conduite peu différente. Tout d'abord, favoriser le fonctionnement du rein en évitant l'ingestion d'aliments chargés de toxines, en prescrivant des exercices modérés et en augmentant la perméabilité rénale. Le lait est l'aliment par excellence qui réponde à ces indications, à condition qu'il soit pris en quantité suffisante (3 litres par jour, par doses de 300 gr. toutes les heures et demie), et bien écrémé.

Quand les symptômes précurseurs de l'urémie apparaissent (migraines, céphalées, dyspepsie, dyspnée), on se hâtera d'appliquer quelques sangsues ou ventouses scarifiées au niveau du

(1) *Le Monde Médical*, 1897.

triangle de J. L. Petit et on obtiendra, généralement, une amélioration considérable.

« Quelquefois le cœur faiblit ; dans ces conditions, il y a un peu d'œdème de la base du poumon. Il faut alors avoir recours à la digitale et mieux, à la digitaline à la dose de un milligramme. Quelques auteurs préfèrent le strophantus à la dose de un milligramme matin et soir. On peut d'ailleurs alterner les deux médications et l'on peut ainsi pendant longtemps éviter les accidents graves.

« On joindra à ces pratiques l'usage de l'oxygène par quantités considérables pour activer les combustions interstitielles.

» Il faut enfin solubiliser les résidus toxiques et pour cela on donnera des boissons abondantes, le lait surtout. On pourra avoir recours aux injections sous-cutanées d'eau salée à 7 pour 1000, selon la méthode de Sahli, de Berne. On donnera des lavements froids répétés que l'on fait garder au malade, environ 100 gr. d'eau froide. Les frictions sèches aideront au fonctionnement des glandes cutanées que l'on excitera en terminant la friction par un lavage à l'eau de Cologne qui enlèvera la graisse. Quant aux diaphorétiques, ils ont une utilité contestable et peuvent être dangereux. »

Lorsque l'accès d'urémie n'a pu être conjuré, on aura recours à la saignée, suivie du lavage du sang par les injections de sérum artificiel (Barré).

« Dans les formes éclamptiques et comateuses, il faudra désobstruer le rein. De plus, on soutiendra le cœur. On procédera cemme nous l'avons indiqué et on parviendra ainsi à faire vivre encore plusieurs années des malades que l'on croyait irrévocablement perdus ; il faut toujours lutter sans défaillance.

« Dans la forme dyspnéique, on fera inhaler de l'oxygène par quantités énormes. Peu à peu le poumon se remplit de râles et se congestionne secondairement. On s'appliquera à calmer la dyspnée par la nitrite d'amyle, l'iodure d'éthyle, les inhalations d'éther, même une piqûre de morphine.

« L'urémie par œdème cérébral peut se traduire par un délire furieux avec hypothermie et symptômes pseudo-méningitiques. Procéder comme précédemment, user de lavements purgatifs réitérés, désobstruer le rein, etc.

« Les accidents gastro-intestinaux peuvent débuter par une anorexie absolue bientôt suivie de vomissements répétés, de diarrhée abondante. L'odeur de l'haleine est fréquemment ammoniacale, et s'il se joint aux symptômes précédents des signes d'urémie, il est rare que la terminaison fatale soit éloignée. En présence de ces accidents il faudra modérer la diarrhée si elle est trop abondante ; sinon il faut la respecter, car elle exerce une fonction vicariante sur le rein. Les vomissements seront traités par les moyens habituels, potion de Rivière, champagne glacé, menthol, lavage de l'estomac, acide lactique, teinture d'iode, etc. On fera l'antisepsie de la peau de la bouche, des muqueuses, on surveillera les excoriations cutanées. On entretiendra l'alimentation par tous les moyens possibles, lavements alimentaires, bouillon œufs, farines azotées, des légumineuses (1). »

(1) Loco citato. *Monde médical*, 1897.

Il faut souvent un acharnement et une patience à toute épreuve pour arriver à triompher des accidents et l'on peut ainsi prolonger de plusieurs années l'existence de malheureux malades qui ont toujours la perspective trop rapprochée de la mort.

Disons, en terminant, que si les injections de morphine sont contre-indiquées dans les accès d'urémie, elles ne sont cependant pas si dangereuses qu'on pourrait le croire et l'on ne saurait convaincre de faute lourde un praticien qui aurait eu recours par inadvertance à ce moyen calmant énergique.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Recouvrement des honoraires.

Le *Syndicat Français de recouvrements, 131, boulevard Sébastopol, Paris*, s'étant trouvé en présence, dit-il, de la prétention de certains médecins d'exiger qu'il fût fait des poursuites *jusqu'au bout pour n'importe quelle créance*, prétention qu'il n'avait pas prévue, déclare être dans l'obligation de modifier comme il suit les conditions qui étaient en vigueur.

1° *Encaissements.*

10 % pour Paris ;
15 % hors Paris ;
20 % pour l'étranger et les colonies.

Chaque note doit être accompagnée du droit de 0.50 pour frais de correspondance et une série de trois lettres au débiteur.

Pour l'étranger et les colonies ce droit est de 3 francs.

2° *Recouvrements litigieux.*

comprenant les notes n'ayant pu être encaissées à l'amiable à la suite de vos lettres ou visites et qui sur l'ordre du médecin doivent être soumises à une décision judiciaire ou à une enquête, ainsi que celles à produire en cas de vente de fonds, faillite, liquidation, succession etc.

Le pourcentage est le même que ci-dessus, mais dans ces conditions la créance donne droit à une perception de 1 fr. pour frais à forfait de dossier, enquête, renseignement et toute correspondance.

En cas de justice de paix il est perçu 3 fr. par vacation et si l'affaire suit son cours, 5 fr. sur citation.

3° *Recouvrements à forfait.*

Conditions à déterminer avec le médecin.

Nota. Les commissions ne sont prélevées que sur les sommes rentrées directement ou indirectement.

Le Conseil de Direction du Concours a accepté, après examen, ces nouvelles conditions, dans sa séance du 16 décembre 1897.

Paris, le 20 décembre 1897.

A propos de l'Assistance médicale.

M. Rondel, contrôleur de l'Assistance médicale au Ministère de l'Intérieur, répond en ces termes aux questions d'incompatibilité posées par un de nos confrères.

« La lettre ci-jointe pose la double question suivante : Un médecin de l'Assistance médicale peut-il être : 1° membre du bureau de bienfaisance ; 2° membre du bureau d'Assistance ?

Je réponds par une autre distinction : Oui,

dans les deux cas, si la commune (comme c'est le cas de L...) est attachée au service départemental. Solution douteuse, à examiner de près, suivant les espèces, si la commune était autorisée à avoir une organisation spéciale.

Argument : l'article 34 de la loi du 15 juillet 1893, en déclarant formellement éligibles aux Conseils général et d'arrondissement, les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite, montre bien que le code financier du nouveau service est surtout départemental.

Le service fût-il considéré comme tout à la fois communal ou départemental, qu'il suffirait pour faire tomber toute objection, de rapprocher de cet article l'article 33 de la loi du 5 avril 1884. Dès lors, aucune incompatibilité ne saurait exister entre la situation de médecin de l'Assistance médicale et le mandat de commissaire d'un bureau local, les bureaux de bienfaisance ou d'Assistance n'étant, en matière d'exécution de la loi du 15 juillet 1893, que des organes communaux d'Assistance et leurs membres ne pouvant par conséquent être exclus d'un service que les membres du Conseil municipal ont le droit d'assurer moyennant cette rétribution. »

III. Générosités regrettables.

Cher confrère,

Je me permets de vous soumettre l'observation suivante :

Beaucoup de médecins de V. que je puis vous citer, et en particulier ceux qui occupent les plus belles situations, font des gracieusetés, qui me paraissent irraisonnables. Croiriez-vous en effet, que ces confrères REFUSENT d'établir leur note, lorsqu'il s'agit de l'Assistance médicale gratuite ? Pardonnez-moi l'expression, ces confrères font des visites gratis pro deo, aussi bien pour les malades de V. appartenant à ces diverses catégories que pour ceux des communes voisines.

N'est-ce pas abusif ?

J'estime donc que ces messieurs font fausse route ; qu'ils font un tort considérable au corps médical tout entier, en le mettant dans l'impossibilité de lutter contre les exigences toujours croissantes de toutes les sociétés indistinctement.

Quant à moi, je lutte contre cette prétendue œuvre d'humanité, et j'estime que je ne suis pas le seul à apprécier de cette façon leur conduite. Je vous prierai donc, cher confrère, de me donner cette assurance en me faisant connaître l'avis du *Concours*, et, le cas échéant, si nous nous trouvons en communauté d'idée, de vouloir bien user de votre influence pour rappeler courtoisement à ces confrères leurs devoirs dans l'intérêt du corps médical tout entier.

Veuillez agréer, etc. Dr G., à V.

Le Conseil de Direction partage l'avis de notre correspondant. Chacun de nous doit rompre avec ces habitudes de générosité qui ont précisément conduit les administrations et sociétés à formuler des exigences de gratuité envers *tous* les membres de la profession. De nos jours, l'esprit de confraternité et de protection réciproque interdit ces largesses des plus fortunés d'entre nous.

Le secret professionnel médical devant la Justice.

Au Congrès de Médecine légale, qui s'est tenu en 1897, à Bruxelles, les rapporteurs, MM. Alfred Moreau et Smetz-Mondez, avocats près la Cour de Bruxelles, avaient conclu ainsi.

« Le secret médical n'est pas absolu. Le médecin est tenu de garder le silence toutes les fois que sa révélation peut causer directement ou indirectement quelque tort à son client. Dans les autres cas, il peut parler. »

Cette manière de voir a naturellement provoqué d'énergiques protestations, de la part de M. Brouardel en particulier :

« Comment, s'écria-t-il, vous dites que, si le secret doit être absolu, vous ne pouvez plus délivrer de certificats en cas d'accidents, etc., etc. !

Mais qu'est-ce qu'un secret médical ? Quand y a-t-il secret ?

Est-ce révéler un secret médical que de dire : Telle femme est morte du choléra, tel enfant est mort de la rougeole ?

Il y a divers secrets médicaux.

Il y a d'abord : 1° les maladies qu'on a appelées *secrètes* ;

2° Les maladies *héréditaires* (hystérie, épilepsie, folie) ;

3° Les maladies *ordinaires* (telles que l'albuminurie, le diabète), maladies dont la divulgation serait de nature à briser la carrière ou à entraver l'avenir du malade.

Supposons un médecin appelé comme médecin, dans un duel public ou presque public, tel que nous en avons vu à Paris, il n'y a pas de secret ; mais, si le duel se passe en secret, le médecin appelé pour donner des secours est *tenu au secret*.

Je parlais tantôt du choléra, qui ne peut être une maladie secrète ; cependant, si l'affection frappe, par exemple, un monsieur pendant qu'il se trouve chez une dame, chez laquelle il ne devrait pas se trouver, la maladie devra être tenue pour une de celles à l'égard desquelles le médecin doit garder le secret.

Je n'accepte pas la proposition des rapporteurs de poser la question de savoir si la révélation sera utile ou nuisible au client, nous pouvons nous tromper dans cette appréciation, le client lui-même peut le faire, et puis, le jour où nous nous tairons, notre silence sera interprété dans un sens défavorable au client.

Pour moi, je le répète, le secret médical doit être absolu.

Vous disiez en outre, continue M. Brouardel, que le médecin a reçu la confidence du malade comme un dépôt, que quand le dépositaire réclame son dépôt, il faut le lui rendre ; s'il dit : remettez-le à tel tiers, il faut le remettre et que, par conséquent, on ne peut garder le silence, quand le malade vous convie à parler.

Mais le malade ne connaît pas le dépôt qu'il nous a confié et si nous le révélions, il serait souvent bien étonné.

Supposons une mère qui vient nous consulter sur l'état de sa fille : nous constatons qu'elle a des tubercules aux sommets des poumons.

Allons-nous dire à cette mère, votre fille est phtisique ?

Nous nous garderons bien de lui faire cette

peine, car nous savons que la phtisie du début est curable ; nous lui dirons qu'elle a une bronchite et nous instituerons un traitement.

Quelque temps après, cette mère peut revenir avec un Monsieur et nous dire : « voilà le fiancé de ma fille, veuillez lui dire ce que vous m'avez dit, il y a quelque temps sur l'état de santé de mon enfant, je vous délie du secret ».

Que répondrions-nous ?

Ce que nous lui avons dit : alors, nous tromperions le Monsieur ; ce que nous savons et ce qu'elle ignore : alors elle pourrait nous dire : « Mais ce n'est pas de ce secret que je vous ai délié. »

Nous devons donc garder le secret, car le malade ne sait pas quelle est la valeur du secret qu'il nous a confié.

Nous ne disons pas, au malade qui vient nous consulter, tout ce que nous avons constaté, nous lui disons ce qu'il est nécessaire qu'il connaisse pour suivre son traitement.

Pour moi, les règles sont donc les suivantes :

1° Il y a en médecine, beaucoup de choses qui ne sont pas secrètes :

2° Il y a d'autres cas où il faut parfois garder le secret ;

3° Il y en a d'autres où il faut toujours garder le secret.

Les rapporteurs parlaient des certificats délivrés à des sociétés d'assurances, parce que la police stipule qu'il y aura un certificat médical.

Mais, heureusement, la Cour de cassation a tranché la question dans le sens que les médecins revendiquent, celui du secret ; elle a donné raison à la famille d'un assuré contre la société d'assurance, qui refusait de payer la police, parce que le médecin traitant avait refusé de donner un certificat.

Qu'est-ce donc en effet que cette prétendue obligation, que ce prétendu contrat par lequel un assuré s'engage à fournir à une société d'assurance, un certificat qui forcera une *tierce personne* à révéler un secret qu'elle doit garder ?

Je propose donc au Congrès de voter la proposition suivante :

Lorsqu'il y a un secret médical, il doit être absolu.

MM. Mottet, Leredu, Camille Moreau partagent les théories de M. Brouardel,

M. Gosse admet une seule exception au secret médical absolu. C'est le cas où un homme viendrait chercher le médecin pour sa femme malade sans lui dire autre chose. Arrivé au chevet de celle-ci, il constate qu'elle est empoisonnée ; il dénoncera le fait à la police : il ne s'agit pas là de secret médical proprement dit, puisqu'on ne lui a rien confié.

Cependant, quand la loi d'un pays prescrit, comme en Suisse, d'indiquer le diagnostic de l'affection ayant occasionné la mort, le médecin se voit obligé de se plier aux exigences légales, mais il y a moyen de tourner la difficulté quant à l'indication du diagnostic.

M. Brouardel fait remarquer, qu'en France, la déclaration des décès est réglée de telle manière que la personne qui reçoit la feuille de statistique ne sait pas de qui il s'agit, de même pour la déclaration des maladies contagieuses. Il cite, d'après les *Débats*, une condamnation prononcée contre une personne ayant révélé un tel secret.

Le Congrès décide de renvoyer la suite de la discussion au Congrès de 1900, et de soumettre à ses délibérations, la formule suivante proposée par M. de Buschère :

« Le médecin doit avoir le droit d'invoquer en Justice le secret professionnel pour tout ce qui concerne les faits constatés par lui, dans l'exercice de sa profession, sur une personne qui est, pourrait ou aurait pu être, à raison de ces faits, impliquée dans une poursuite répressive ou civile ou atteinte dans son honneur ou dans sa considération.

« Il est entendu que le terme « faits constatés » comprend les révélations faites au médecin par cette personne ou à propos de cette personne et relatives à la maladie ou à l'affection que ce médecin a eu à soigner. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

Rapport sur la création d'un ordre des médecins présenté à la séance du Syndicat médical des Basses-Cévennes le 9 *octobre* 1897,

par le Dr Tarrou.

Messieurs et chers Confrères,

Des scandales médicaux récents qui ont eu leur dénouement aux Assises, divers incidents plus ou moins graves mais annoncés à grand fracas par la presse politique, une sorte de suspicion générale qui a été de tout temps à la mode vis-à-vis des médecins et qui s'est autorisée aujourd'hui de ces incidents, de ces scandales et aussi, il faut le dire, des pratiques peu scrupuleuses de quelques-uns voulant acquérir rapidement fortune et renommée, enfin le besoin de défendre la profession contre l'exercice illégal, contre les exigences de l'autorité, du public, et des associations de toute espèce, contre la concurrence sans phrases et sans courtoisie qui menace de se substituer à la confraternité, en un mot la nécessité de maintenir intacte l'honorabilité du Corps médical et de sauvegarder *ses intérêts matériels*, a remis en question un projet qui vit le jour au Congrès médical de 1845, dans la réalisation duquel beaucoup d'esprits voient le remède à nos maux, la *création d'un ordre des médecins*.

Quel serait donc en premier lieu cet ordre des médecins dans ses lignes essentielles ?

Quelle serait ensuite son efficacité dans le traitement des divers symptômes qui constituent la crise médicale actuelle ?

Devons-nous, enfin, en désirer et en poursuivre la création, et, sinon, pouvons-nous espérer conjurer par d'autres moyens les maux réels qui pèsent de plus en plus lourdement sur notre profession ?

I. — Vous avez tous lu, Messieurs, dans les journaux médicaux et notamment dans le n° 21 1897 du *Concours médical* les divers plans d'organisation de l'ordre projeté. Il serait donc, je crois, fastidieux et inutile de vous exposer tout au long ces projets ; je préfère vous présenter une sorte de schéma qui nous suffira pour discuter le principe même et les points essentiels de l'ordre des médecins que l'on voudrait établir.

Tous les praticiens d'une région (arrondissement ou département) seraient *d'office* constitués en *ordre* ou en *Collège médical* ;

Ils éliraient chaque année un Conseil ou *Chambre médicale* qui nommerait elle-même son bureau.

Ces chambres exerceraient un pouvoir disciplinaire sur tous les membres du Collège, statueraient sur les questions relatives à la dignité et à l'honorabilité professionnelles, pourraient être choisies comme arbitres dans les contestations entre les médecins ou entre les médecins et leurs clients, poursuivraient l'exercice illégal, et seraient obligatoirement consultées par les tribunaux dans toute demande en justice intentée par ou contre un médecin.

Appel pourrait être interjeté de leurs décisions soit devant la Cour d'appel du ressort (projet Mougeot, projet de l'Union des Syndicats), soit devant un Conseil général de l'ordre siégeant à Paris (projet Surmay).

Les peines infligées seraient la demande d'explication, le blâme, l'amende, la radiation de l'ordre.

Cette dernière peine (exclusion de l'ordre) entraînerait, d'après certains projets, l'incapacité d'exercer ; d'après les autres, elle ne mettrait pas obstacle à l'exercice légal de la profession, mais serait affichée à la Préfecture et à la mairie du domicile de l'inculpé, et entraînerait pour celui-ci la privation des droits de vote et d'éligibilité à la Chambre médicale, et l'interdiction d'exercer les missions confiées par les Administrations publiques et les Sociétés de Bienfaisance.

Ce serait, en résumé, la constitution obligatoire, légale, des médecins en un corps de métier, avec des conseils élus dont les décisions auraient la valeur de la chose jugée, et dont les arrêts seraient exécutoires au même titre que les jugements des tribunaux ordinaires.

II. — Une organisation aussi nouvelle et aussi spéciale du corps médical mérite bien, Messieurs, qu'on en pèse mûrement les inconvénients et les avantages.

Qui dit organisation, en parlant d'un groupe d'individus, dit forcément réglementation, soumission à ceux de ces individus qui seront chargés par les autres de la faire respecter, — c'est-à-dire *hiérarchie* ; hiérarchie élective en ce qui nous concernerait, je le veux bien, mais hiérarchie tout de même ! De plus, c'est naturellement de l'Etat que nos élus tiendraient l'investiture de leurs nouvelles fonctions, — ce qui signifie encore ingérence du pouvoir dans nos affaires, aliénation d'une partie de notre indépendance. Or si la hiérarchie est chose indispensable dans l'état social en général et dans certaines parties de son organisme (l'armée par exemple), je ne pense pas qu'elle soit désirable ni désirée parmi nous (voir les lettres du Dr de V., n° 30, et du Dr G...., n° 32 du *Concours médical*). Notre liberté est une compensation de nos fatigues, de nos ennuis, de nos déboires ; c'est notre propre volonté qui règle le degré de cette liberté : il serait bien imprudent à nous de limiter de notre plein gré cette prérogative qui déjà est menacée et entamée par les exigences croissantes de l'administration et des associations de toutes sortes.

Voilà un vice originel, si je puis dire, que je trouve dans le principe même de l'Ordre des médecins projeté.

Je vois ensuite à la juridiction spéciale qui nous est proposée des inconvénients, des dangers, et une inefficacité qui serait probablement fréquente.

Un inconvénient sérieux viendra de la répugnance que nous éprouverons à être officiellement chargés d'accueillir des accusations lancées contre des confrères, de rechercher et de punir nous-mêmes leurs écarts de conduite. Cette répulsion à devenir les justiciers de leurs pairs, beaucoup l'invoqueront, s'ils sont élus, pour ne pas remplir un rôle désagréable, pénible et ingrat.

Les dangers, je les trouve d'abord dans l'article 8 de Projet de l'Union des Syndicats : « Toutes les fois qu'un médecin sera *signalé* comme ayant commis un acte contraire à la dignité et à l'honorabilité professionnelle.... etc. » Signalé par qui ? Par un confrère ? C'est alors l'encouragement à la suspicion réciproque et à la dénonciation mutuelle. A quelle limite, d'autre part, s'arrêtera la correction de la conduite ? Où commencera le manquement aux règles déontologiques, à la dignité ? Comment réparerez-vous le tort causé à un confrère qui aura été dénoncé à la légère ou par malveillance et que vous aurez reconnu innocent ?

Que si une dénonciation contre un médecin provient d'une personne étrangère à la profession, la chambre médicale ne saurait alors s'entourer de trop de prudence. Accueillera-t-elle toutes les dénonciations ? Mais vous connaissez les emballements de l'opinion publique à notre endroit : voyez la récente affaire de Charonne. — Laissera-t-elle de côté certaines accusations, qu'une enquête sommaire lui aura démontré absurdes ou mal fondées, on l'accusera elle-même de partialité.

De là à conclure à l'inefficacité des chambres médicales, il n'y a qu'un pas. Leurs jugements seront souvent accueillis avec scepticisme par le public extra-médical, — et naturellement par des protestations d'innocence de la part des condamnés.

Et que deviendront-ils ces médecins condamnés par leurs pairs ? Blâmés, réprimandés, punis d'amende, exclus de l'Ordre, la plupart continueront à exercer leur profession, et le public continuera, en général, à les appeler, car le client excusera toujours des réductions de tarif et souvent des manœuvres de charlatanisme, la guerre à un confrère, des compromissions ou des associations réprouvées par la déontologie. Il faudrait que dans les cas d'exclusion de l'Ordre, le condamné fût privé du droit d'exercice légal ; sans cette mesure radicale les condamnations seront souvent, comme je viens de le dire, non avenues pour l'intéressé et par suites inefficaces.

Mais, me direz-vous, si l'Ordre des médecins ne peut, par ses Chambres et ses Conseils de discipline, ramener dans le droit chemin tous les coupables, au moins les aura-t-il moralement rejetés en dehors de la corporation, et ces exemples préviendront les chutes futures, en moralisant la masse et en resserrant les liens de la confraternité.

Le croyez-vous ainsi, Messieurs ? « La chambre des notaires met-elle la corporation à l'abri des chutes retentissantes ? », dit avec raison le Dr de V., dans une lettre au *Concours médical.* L'ordre des avocats empêche-t-il certains d'en-

tre eux de vivre d'affaires véreuses, de tripotages, de scandales ?

Je ne vois pas davantage dans l'Ordre des médecins une institution susceptible de modifier certaines mœurs médicales : la police correctionnelle et les assises n'empêchent pas les délits et les crimes de se renouveler : « La crainte du châtiment ne moralise pas les masses », a dit M. de Ranse à l'Association générale.

Bien plus, je craindrais presque que l'Institution de l'Ordre des médecins ne fût plutôt nuisible à la moralisation et au développement de la confraternité. Ne peut-on penser, en effet, que les Syndicats et les Sociétés locales, qui déjà sont loin de grouper tous les praticiens, péricliteraient, seraient moins suivis et finiraient peut-être par se dissoudre ? Est-il déraisonnable de se demander si les médecins, lorsqu'ils auront nommé leurs chambres et celles-ci leur bureau, ne croiront pas avoir assez fait et ne jugeront pas superflu de se constituer en association ou en syndicats ? Dès lors plus de liens confraternels, plus de réunions amicales où l'on se voit, où l'on apprend à se connaître et à s'estimer : rien que les assises mensuelles ou trimestrielles des chambres avec leur solennelle et triste besogne de dossiers à compulser, de plaintes à entendre, de fautes à juger.

III. — En résumé, atteinte à notre indépendance, création d'une hiérarchie contraire à l'esprit libéral de notre profession, dangers et inefficacité d'une juridiction spéciale, influence nulle et plutôt nuisible sur le développement de la moralité et de la confraternité, telles sont, messieurs, les raisons que je crois devoir opposer aux partisans de l'ordre des médecins.

Est-ce à dire que je méconnaisse le but élevé que poursuivent les promoteurs de l'Ordre ? En aucune façon, Messieurs, et à la conclusion négative que je viens d'émettre, il me reste à ajouter, comme conclusions positives, les moyens qui me paraissent préférables pour mener à bien l'œuvre de relèvement et de prévoyance que nous voudrions tous voir aboutir.

C'est en premier lieu et surtout du côté du recrutement de notre profession que devraient se porter les plus sérieux efforts. Vous savez combien, dans un avenir prochain, notre nombre va être augmenté ; que résultera-t-il de cet encombrement ? La lutte toujours plus âpre, le besoin d'arriver *par tous les moyens*. Je souligne ces mots qui évoquent dans votre esprit les funestes conséquences de cette course en rangs impatients et serrés après le client. Il faut de toute nécessité rendre ce recrutement plus difficile, à la fois pour diminuer le nombre et pour relever la qualité. Sous prétexte de démocratie, on veut faciliter l'accès des carrières libérales en simplifiant les études préliminaires : pour la médecine, plus que pour toute autre, c'est un système déplorable. De tous les hommes spéciaux, le médecin est un de ceux qui ont besoin de posséder la culture générale la plus étendue. Exigez donc tout d'abord des études secondaires sérieuses, sanctionnées évidemment par des examens, si vous voulez que l'étudiant devenu praticien soit fortifié, de par son instruction et son éducation générale, contre les défaillances possibles et les tentations mauvaises.

Je voudrais, en second lieu, que l'on instituât dans les Facultés un véritable cours de déontologie, et qu'on s'enquît dans un examen, par exemple à côté de la médecine légale, si l'étudiant connaît qu'il y a, dans la pratique médicale, certaines règles à suivre vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis des confrères, et que le manquement à ces règles va le plus souvent à l'encontre même de son propre intérêt, en conduisant à l'abaissement moral de l'individu et à la déconsidération du corps médical tout entier.

Nous devrions, en troisième lieu, souhaiter que nos syndicats, nos associations prissent un développement plus considérable et arrivassent à grouper la totalité des praticiens. D'aucuns prétendent que ces associations n'ont produit et ne produiront aucun effet utile. L'assertion est inexacte : nombre de syndicats vivent et ont obtenu dans leur sphère respective des résultats précieux soit dans les relations entre médecins et clients, soit dans les rapports des médecins entre eux. Et si les bienfaits qu'on est en droit d'en attendre ne sont pas ce qu'ils devraient être, la cause en est uniquement à notre nonchalance habituelle — le péché mignon du corps médical qui lui vaut une bonne partie des difficultés dans lesquelles il se débat. Il est vraiment regrettable que, seul, de toute la presse médicale, *le Concours* fasse la propagande infatigable que vous connaissez : si tous nos journaux prenaient sérieusement en main la cause de l'association, il se créerait un mouvement en faveur des groupements régionaux des médecins, groupements qui nous donneraient une force considérable, parce qu'ils seraient une école d'estime réciproque, de tolérance. De ces groupements, les indélicats s'élimineraient souvent d'eux-mêmes ; en tout cas on pourrait s'y expliquer en famille des différends qui auraient pu surgir, et entre gens d'éducation et de même culture une explication vaut souvent mieux qu'un arrangement imposé par un tribunal, fût-il d'essence médicale.

Je verrais enfin dans ces groupements régionaux de tous les praticiens — et c'est là ma dernière proposition — une force et un appui vis-à-vis des pouvoirs publics si la loi donnait à ces groupements *voix consultative obligatoire* pour toutes les affaires concernant les médecins. Il y a dans le projet de l'Union des Syndicats un excellent article — l'article 6 — qui dit : « Les « chambres médicales pourront être choisies « comme arbitres dans les contestations entre « les médecins ou entre les médecins et leurs « clients. Dans toute demande en justice intentée par ou contre un médecin, en cette qualité, « les tribunaux seront tenus, avant de statuer, « de demander l'avis de la chambre médicale. »

Pourquoi ne demanderait-on pas cet avis aux Syndicats ? Pourquoi les associations d'un département ne nommeraient-elles pas chacune un ou plusieurs délégués qui constitueraient une commission médicale consultative ? Les tribunaux nomment des experts pour les questions techniques et spéciales ; nous aurions ainsi les nôtres, ce serait du droit commun.

On objectera à mes propositions que vouloir attendre le relèvement moral de notre profession de la sélection dans le recrutement, d'études plus sérieuses, de l'enseignement précis des lois déontologiques, de l'extension des Syndicats c'est vouloir traiter par la méthode de douceur et de temporisation un mal qui va devenir rapide-

ment grave. Si vous me permettez de continuer la comparaison, je répondrai : mon traitement est pathogénique, le vôtre est symptomatique : vous sévirez contre les indignes,vous n'en diminuerez pas le nombre dans l'avenir : je voudrais au contraire agir sur les causes qui préparent et favorisent les chutes. Quant aux rares dévoyés qui subsisteront, (dans quelle profession n'y en a-t-il pas ?),nous laisserons à la justice ordinaire le soin de les punir,et l'opinion publique ne songera plus à colporter les noms et les méfaits de ces malheureux et à s'en faire une arme contre les membres d'une profession dont elle devra apprécier le savoir et l'honorabilité.

Notes d'honoraires.

En réponse à la demande formulée par quelques confrères, nous reproduisons les arrêtés relatifs à l'affranchissement à prix réduits, utiles, à ce moment de l'année, qui est l'époque de l'envoi des notes d'honoraires.

Extrait de l'arrêté du 25 novembre 1893, relatif aux conditions d'admission, dans le service des postes, des notes de frais ou d'honoraires affranchies à prix réduits, Article 1988.— *Note de frais ou d'honoraires.*

Les notes de frais ou d'honoraires sont assimilées aux factures et relevés de comptes et peuvent comme ces objets être admises, à raison de 5 centimes par 50 grammes, lorsqu'elles indiquent seulement le nom du créancier, l'objet et le chiffre de la dette, ainsi que l'indication de la date et du mode de paiement.

(En conséquence, aucune formule de salutation, ni commencement de lettre, n'est admise pour bénéficier de l'affranchissement à prix réduit.)

Exemples :

Doit M....... au Dr....... pour soins et médicaments fournis à sa famille pour l'année l.....

Détail :
Visites du.........
Médicaments (détails au besoin)......
Total...........

M........ doit pour soins donnés du...... au.... la somme de............ (détails à mon cabinet).

Doit M........... pour voyages et visites du..... jusqu'au............... la somme de frcs........... payable par........... le........

M........... doit au Dr........ la somme de...... pour honoraires du .... au ....
Note arrêtée le .... Reçu acompte le........
Reste dû pour solde............
(Prière de rapporter cette note. Le détail en sera donné chez le Dr ou à mon cabinet, si on le désire.)

CABINET
DU Dr________ *Doit M.*________

Visible tous les jours *demeurant à*________
de à h.
mais spécialement le.......
(1)

2 juil.	—	Une visite....	5 fr.
3	»	Une visite....	5 »
4	»	Une consult..	2 »
5	»	Un voyage...	10 »
		Total.....	22 fr.

(1) L'indication : *Visible tous les jours*, etc., doit être entièrement imprimée ou autographiée ; on ne saurait y inscrire à la main la désignation des jours, heures, sans contravention.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Quatrième Congrès français de médecine.* — Il se tiendra à Montpellier le 12 avril 1898, sous la présidence du Dr Bernheim, de Nancy.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds doivent être adressés à M. le Pr Carrière, secrétaire général, 10, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier.

— *Institut de Bibliographie.*— M. le Dr Marcel Beaudouin a créé au 93 du boulevard Saint-Germain une *Bibliothèque circulante de médecine* qui permet aux abonnés de consulter, à très bon compte, tous les ouvrages dont ils peuvent avoir besoin. Le montant de l'abonnement est de 20 francs : il s'y ajoute les frais d'envoi. Les prêts sont faits pour un mois sauf le cas de payement d'un droit supplémentaire. Demander les conditions en contractant l'abonnement.

— *Un écho des concours récents.*—On raconte, qu'au dernier concours de la médaille d'or, les candidats les plus en vue se sont retirés dès la première épreuve devant le concurrent qu'ils ont jugé devoir être persona grata. Le même fait s'est produit au concours d'agrégation, où 12 candidats parisiens se sont effacés devant ceux qu'ils ont jugé devoir être les favoris.

Décidément, tout ce qui ressemble à un jury devient bien mal à l'aise, et la Faculté n'a rien à envier aux tribunaux en matière de suspicion.

— *Les œuvres du Concours.* — Nous remercions de tout cœur MM. les Drs Marais (de Honfleur) et Cénas (de Saint-Etienne) de tout le bien qu'ils ont dit, aux lecteurs de l'*Année médicale de Caen*, et de la *Loire médicale*, au sujet de l'*Association amicale pour l'Indemnité maladie*, et du *Sou médical*, notre œuvre nouvelle, dont la naissance sera annoncée à tous nos confrères de France. Le bon exemple qu'ils ont donné, en même temps que la *Revue médicale*, et les journaux belges, sera sans doute suivi par tous ceux qui se préoccupent sincèrement du sort des praticiens.

— *Souscription Laporte.* — Malgré la clôture de la souscription, nous avons encore reçu les sommes suivantes de :

MM. les Docteurs de Cool, El Madher, 5 fr. ; Topart, Pont-de-l'Arche, 2 fr. ; Desmaroux, Vichy, 5 fr. ; Moreau, Versailles, 3 fr. ; Loreal, Vallet, 5 fr. ; Lelarouilly, St-Pair, 2 fr. ; Merlin, Toulouse, 5 fr. ; Lafitte, Labrede, 5 fr. ; Reysset, Villamblard, 2 fr.

Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien cesser tout envoi.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4222. M. le docteur Benoist, de Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or), présenté par M. le docteur Chauvenet de Plombières.

N° 4223. M. le docteur Chevillot, de Pont-l'Evêque (Calvados), membre du Syndicat de Pont-l'Evêque.

N° 4224. M. le docteur Garaïx, de Mazenc-les-Bains (Drôme), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Le Mercier et de Prez-Crassier, du Havre (Seine-Inférieure), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 2 8 Janvier 1898



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Autres temps, autres mœurs.

« Savez-vous pourquoi les larges et saines « idées de solidarité et de prévoyance, que ré« pand le Concours médical depuis vingt ans, « n'ont pas fait tout le chemin qu'elles devaient « faire ? C'est parce qu'elles n'intéressaient jus« qu'ici que les situations les plus modestes. « Ceux-là seuls avaient besoin de combattre et « de se grouper qui se sentaient faibles et me« nacés ; chez tous ceux qui étaient bien posés, « avaient de belles clientèles, il était presque « mal porté d'être membre du syndicat. »

Tel est le langage que tenait récemment devant nous un confrère, aujourd'hui bien gagné à notre cause, mais qui hanta longtemps les satisfaits, et partagea un peu leur indifférence.

Il aurait pu ajouter, ce confrère, que les détenteurs des belles positions, des belles clientèles, avaient parfois acquis celles-ci grâce à la faveur et à la politique, ou en flattant des coteries ; qu'il leur en coûtait beaucoup de venir mêler leur voix à celles des hommes qui ne parlaient que le langage de la solidarité, et répudiaient les bénéfices nés de l'intrigue et de la compromission douteuse.

Mais, pour ceux-là même qui n'avaient jamais pactisé avec les suggestions égoïstes de l'intérêt purement personnel, il est certain que la mode a existé de *n'être pas du Syndicat*, et cela, uniquement par genre, par chic, ou par snobisme si vous voulez. Notre interlocuteur disait vrai.

Seulement il s'agit là d'un point qui appartient désormais à l'histoire ancienne.

Le niveau égalitaire a passé sur nos têtes, et y passera de plus en plus. L'idée d'association contre le médecin isolé lui a causé tant de mal, et a détruit tant de situations privilégiées, que tout confrère clairvoyant veut à son tour opposer cette arme à ceux qui le menacent. Les belles situations, sans cela, n'ont plus de lendemain assuré, car l'encombrement et la concurrence ne manqueront pas de viser d'abord les médecins qui occupent passagèrement le pinacle, et c'est ceux-là qui tomberont le plus bas, s'ils ne peuvent tomber dans les bras de confrères groupés autour d'eux par la sympathie.

D'ailleurs, s'il était aussi de bon ton, à l'époque dont nous parlons, de pronostiquer d'avance l'inutilité des efforts qu'a provoqués le « Concours médical », cela ne peut plus se faire aujourd'hui. Les résultats obtenus parlent désormais d'eux-mêmes. On peut montrer déjà bien des régions où l'action de nos Syndicats, en face des collectivités ou du public, a relevé de façon considérable la recette individuelle ; où la campagne persévérante en faveur de la solidarité nous a faits amis, prévoyants, bienfaisants, dignes, respectés, on pourrait même dire heureux, au moins par comparaison avec ce qui se voit ailleurs. Et dame, dans ces régions, la mode a changé ! On n'y est vraiment un médecin *bien posé*, que si on se préoccupe de gagner la sympathie des confrères, plutôt que de flatter les caprices du public ; que si on est assidu aux réunions du Syndicat et de la Société locale ; que si on se montre au courant des questions de déontologie, d'intérêt professionnel, de défense commune, de prévoyance par la mutualité. Car il faut tout cela pour faire un médecin complet, à la hauteur de la crise qui se prépare.

Ainsi s'accroît toujours notre phalange, parce

que le nombre des clairvoyants grandit avec les difficultés de la profession.

Où sont maintenant les petits dédains d'antan ?

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le massage des fractures.

Nous avons insisté, dans notre précédent numéro, sur la méthode de M. Championnière pour le traitement des fractures par le massage, et nous avons montré ses remarquables succès. Or, à la dernière séance de l'Académie, le Dr Labbé un peu réfractaire aux idées nouvelles de M. Championnière, demandait si le massage pourrait être appliqué aux fractures du fémur et de l'humérus vers la partie moyenne, ainsi que dans les fractures avec tendance à une saillie considérable des fragments, qui ont toujours une consolidation vicieuse.

La réponse de M. Championnière a été celle-ci :

Dans les communications que j'ai faites, il y a deux choses : un principe et son application. Les pseudarthroses ne sont jamais le fait d'un mouvement ; il n'y a jamais de pseudarthroses dont les fractures des côtes qui sont cependant *les os les plus mobiles*. Si à la mobilisation on joint un massage méthodique, même pour les fractures des parties moyennes des os, on aura de meilleurs résultats qu'avec l'immobilisation.

Il faut exclure de ce traitement certaines fractures dans lesquelles il est regrettable qu'on ne puisse faire ni massage, ni mobilisation. Dans les fractures de la partie moyenne du fémur on a d'excellents résultats par l'appareil d'Hennequin, parce que cet appareil n'immobilise nullement le membre. Quant aux fractures de l'extrémité inférieure, on a de bien meilleurs résultats par la mobilisation et le massage.

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par les bains chauds.

En attendant que l'excellente pratique du traitement de la broncho-pneumonie infantile par les bains et les enveloppements froids ait pu pénétrer dans la médecine habituelle, nos confrères qui redouteront le heurt des préjugés de leurs clients, feront bien de suivre la méthode de M. le Dr Lemoine, de Lille, et de M. le Dr Desmons, de Ronchin.

Nous laissons la parole à ce dernier, qui nous communique un fait bien caractéristique :

« Je n'hésite jamais à donner les bains chauds le plus tôt possible, dès que la poitrine se prend et que la température monte, car j'ai remarqué que, par ce moyen, j'arrête souvent le mal dans l'œuf. De plus, je multiplie beaucoup le nombre des bains, quand le cas est grave, je les donne au début toutes les trois heures, toutes les deux heures même, préférant agir vigoureusement de suite, et souvent par ce moyen la maladie tourne court en un jour ou deux.

On pourrait s'étonner que j'aie pu faire accepter la médication balnéaire dans une clientèle de campagne, dans laquelle les préjugés contre l'eau sont souvent fort grands. Et pourtant cela m'a été des plus faciles.

Il y a eu de légères difficultés les premières fois, mais les résultats obtenus ont été si rapides et si nets, que depuis tout le monde est converti à la méthode, et que les parents eux-mêmes me demandent de donner des bains à leurs enfants malades.

Je publie ici un cas qui me paraît des plus intéressants, et qui se rapporte à une enfant presque mourante de broncho-pneumonie, chez laquelle j'ai réussi à couper, en quelques heures, le processus inflammatoire menaçant; en donnant une série de bains sinapisés, d'heure en heure. Voici le cas :

La jeune E. S..., âgée de quatre ans et demi, demeurant à Th....., commune où régnait à cette époque une épidémie de rougeole infectieuse, était prise le 3 mai dernier par la maladie régnante, et présentait une éruption abondante. Tout paraissait se comporter d'une façon ordinaire, quand le 5 dans la soirée la température s'éleva à 39 degrés et la respiration devint plus rapide. La situation s'aggrava dans la nuit, et vers trois heures du matin, je trouvai ma petite malade dans un état absolument désespéré : température 41°6, respiration très rapide, comme celle du chien qui a couru, délire, face cyanosée, impossibilité absolue de rien faire absorber. En face de la gravité du cas, je prescris les bains chauds. Je m'installe dans la maison et aussitôt on chauffe de l'eau ; à quatre heures le premier bain est pris, on le donne à 35 degrés, avec 250 grammes de farine de moutarde, et on le prolonge pendant dix minutes. Après ce premier bain, il semble que l'état général soit un peu meilleur, la température a baissé un peu, mais rapidement les symptômes alarmants reparaissent. A cinq heures, c'est-à-dire une heure après le premier, je donne un deuxième bain pareil au premier : nouvelle amélioration, on peut faire boire la petite malade. A six heures, troisième bain semblable ; l'amélioration s'accentue. A sept heures, quatrième bain après lequel la respiration se ralentit, le délire cesse, la petite malade reconnaît les personnes qui l'entourent et boit bien, le thermomètre marque 39°4, il avait donc baissé de plus de 2 degrés en trois heures. Je m'éloigne après avoir recommandé de continuer les bains, avec un intervalle de deux heures ; dans l'après-midi, la température était de 38°5, la respiration plus facile, l'état général bon ; en un mot, la petite malade était sauvée, grâce aux bains tièdes sinapisés, fréquemment répétés.

A la suite de ces bains, l'amélioration s'est maintenue, et deux jours après l'enfant était tout à fait en convalescence.

Je ne crois pas que personne ait encore donné les bains, et surtout les bains sinapisés, comme je l'ai fait ici, aussi rapprochés les uns des autres.

M. Lemoine ajoute :

On peut pécher en donnant un nombre de bains trop restreint, on ne pèche jamais en en donnant beaucoup ; ici le plus est le mieux. Les échecs éprouvés dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile par les bains sont rares, mais ceux qui surviennent sont dus à ce que les bains sont donnés trop tardivement et avec timidité.

J'oserai presque emettre cet axiome que, dès qu'un enfant a des râles sous-crépitants et un

peu de fièvre, on doit systématiquement le soumettre au traitement par les bains chauds, c'est le meilleur moyen pour éviter une aggravation possible de la maladie.

Dans les formes graves, les bains sinapisés sont de rigueur. Certes, ils sont pénibles pour les enfants, mais leurs effets sont supérieurs à ceux des bains simples.

Traitement et prophylaxie de la bronchite aiguë.

Notre confrère, la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, donne les prescriptions suivantes pour éviter et pour guérir les trachéo-bronchites ou inflammation catarrhale aiguë des grosses bronches et de la trachée.

Dues quelquefois à un microbe spécifique (rougeole, grippe, coqueluche, fièvre typhoïde) et appelées alors secondaires, les bronchites dites primitives sont produites par des causes variées qui, soit en perturbant l'innervation motrice (froid), soit en affaiblissant l'action du cœur (surmenage), congestionnent la muqueuse bronchique et facilitent le développement de micro-organismes vivant normalement dans les voies respiratoires : streptocoques et staphylocoques, pneumonoques et pneumo-bacilles de Friedlaender.

I. *Traitement prophylactique.* — Puisque le rhume est dû à la pullulation des microbes dans les voies respiratoires supérieures, il est logique, pour l'éviter, d'aseptiser les portes d'entrée : fosses nasales par l'eau boriquée et la vaseline salolée, bouche et pharynx par des gargarismes composés d'un grand verre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de la solution suivante :

Alcool éthylique......	100 grammes.
Acide thymique.......	0 gr. 20
— benzoïque.....	3 grammes.
Teinture d'eucalyptus	5 grammes
Essence de menthe...	1 gr. 25

II. *Traitement abortif.* — Si le rhume n'a pu être prévenu, on le fait avorter, si l'on intervient pendant les premières heures de son évolution : 1° en aspirant de temps en temps quelques gouttes de chloroforme ou en respirant trois fois par jour, pendant 15 minutes, les émanations d'une compresse imbibée d'eau phéniquée 5/100 : 2° en absorbant dans les 24 heures, un certain nombre de capsules, d'essence de térébenthine, balsamique qui s'élimine par les voies respiratoires ; 3° en prenant un grand bain très chaud, à 38°, suivi de quelques heures de repos au lit.

III. *Traitement curatif.* — A. *Première période dite de crudité.* — Stade d'hypérémie bronchique et de turgescence de la muqueuse. Fièvre ; toux sèche, quinteuse sans expectoration.

1° *Première indication. Faciliter la décongestion bronchique.* Garder la chambre chauffée à 18° par un feu de bois, car les émanations du charbon entraînent une viciation de l'air. Des *inhalations* émollientes (décoctions de guimauve, de pavot additionnées de teinture de benjoin, 1 cuillerée à soupe par litre) empêchent le malade de respirer un air trop sec et par conséquent irritant.

L'alimentation est composée de lait, bouillon, crêmes, potages et œufs.

Des *gargarismes* tièdes atténuent la sécheresse du pharynx, cause de quintes de toux.

Les *boissons chaudes*, diaphorétiques, alcoolisées (fleurs pectorales, thé, tilleul, bourrache, fruits pectoraux, serpolet, lierre terrestre) provoquent utilement la sudation.

Un *purgatif* est nécessaire parce qu'il opère une dérivation du mouvement congestif vers l'intestin et diminue les résorptions intestinales qui pourraient se faire dans le cours de la maladie.

S'il existe de l'embarras gastrique et si le sujet soit jeune, robuste, un *vomitif* (ipéca 1 gr. 50) est indiqué.

Le *sulfate de quinine* (0 gr. 25 à 0 gr. 60) prescrit jusqu'à la chute de la fièvre, agit plutôt comme tonique que comme antithermique.

L'antipyrine diminue la courbature et les phénomènes nerveux.

Les *révulsifs* combattent les douleurs rétro-sternales qui annoncent la congestion bronchique et devancent les signes stéthoscopiques. Ce sont : les badigeonnages de teinture d'iode, l'application du coton iodé ou de cataplasmes sinapisés recouverts de taffetas gommé, l'enveloppement du thorax dans la ouate, les ventouses sèches, les frictions avec l'essence de térébenthine.

J'ai renoncé à l'huile de croton et à l'emplâtre de thapsia, parce que leur action n'est pas limitée à l'endroit même de leur application, à cause de la volatilisation du principe actif qu'ils renferment. Les bains de pieds sinapisés produisent vers les membres inférieurs un afflux sanguin salutaire.

2° *Deuxième indication. Calmer la toux.*— Utile jusqu'à un certain point pour diminuer mécaniquement l'afflux sanguin et débarrasser les bronches des mucosités qui s'y accumulent, la toux devient nuisible quand elle est fréquente, quinteuse, douloureuse, déchirante, déterminant la céphalalgie et empêchant le sommeil.

Elle doit alors être modérée par le chloral, les bromures, les opiacés (codéine, morphine) qui diminuent l'excitabilité réflexe et doivent, de ce fait, être prescrits avec circonspection chez les vieillards dont ils entravent l'expectoration. Ils sont dans ce cas avantageusement remplacés par l'alcoolature de racine d'aconit (X à XXX gouttes), l'eau de laurier-cerise (10 à 25 grammes), le sirop de lactucarium opiacé qui ne contient que cinq miligrammes d'opium par cuillerée à soupe.

Potion.

Eau de tilleul..........	100 grammes.
Eau de laurier-cerise...	5 —
Sirop de lactucarium..	àâ 15 grammes.
— de codéine......	àâ 15 grammes.
— de chloral.......	àâ 15 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.............	XXX gouttes.

B. *Deuxième période, sécrétoire, dite de coction.* Plus de fièvre. Toux grasse. Expectoration.

1° *Première indication. Favoriser l'expectoration.* Le polygala, le kermès minéral, l'oxyde blanc d'antimoine peuvent rendre service.

Si les bronches sont trop encombrées de mucosités, l'*ipéca*, à la dose de 1 gr. 50, en 3 paquets, amène un grand soulagement, mais il ne

doit jamais être prescrit aux vieillards, aux artério-scléreux, aux cardiaques.

Les meilleurs expectorants chez les débilités sont les *stimulants volatils ou alcooliques* ; sels d'ammoniaque : acétate 4 à 10 grammes ; chlorhydrate ou carbonate 1 à 2 grammes ; les grogs, alcoolat de mélisse ou de menthe.

2° *Deuxième indication. Modifier la sécrétion et fluidifier les crachats par les balsamiques.*

Nuisibles à la première période dite de crudité, parce qu'ils augmenteraient la congestion de la muqueuse bronchique et rendraient la toux plus sèche et plus fatigante, les balsamiques doivent intervenir ici pour modifier, puis tarir le catarrhe bronchique. Ce sont le baume de tolu, la terpine (hydrate de térébenthine) 0 gr. 50 à 1 gramme ; le terpinol, le benzoate de soude, le goudron, la poudre de Dower.

Formules.

Terpinol............... }
Benzoate de soude..... } ââ 0 gr. 05

En 1 pilule. — 10 par jour.

Goudron de Norwège..... 1 gram.
Poudre de Dower......... 1 gr. 50
— de benjoin..q s.p. 20 pilules

5 par jour.

Terpine.................... 0 gr. 15
Codéine.................. *0 gr. 01*

En 1 pilule. — 4 par jour.

3° *Troisième indication. Diminuer la sécrétion.*

La belladone, le datura stramonium, la jusquiame, tendent à tarir l'expectoration. Le sirop de belladone agit bien aussi quand la toux revient périodiquement vers 2 heures du matin.

Pilules A.

Extrait de belladone.......... 0 gr. 01 c.
— de Datura,............ 0 gr. 03 c.

en 1 pilule. — 1 à 3 par jour.

Extrait de belladone....... ... 0 gr. 01 c.
— thébaïque............ }
— de jusquiame......... } ââ 0 gr. 03 c.

en 1 pilule. — 1 matin et soir.

Si la guérison se fait attendre et que la bronchite tende à passer à l'état chronique, on prescrit les bourgeons de sapin, l'eucalyptol, l'essence de térébenthine (2 capsules de 0 gr. 15 c. aux repas). L'iodure de potassium, qui dilate les capillaires pulmonaires et régularise la circulation intra-thoracique est indispensable aux artério-scléreux et utile aux malades chez qui persistent aux deux bases des râles congestifs. Les sulfureux ne seront conseillés qu'aux sujets qui ne sont ni artério-scléreux, ni suspects de tuberculose et n'ont aucune tendance congestive.

A la convalescence, la première sortie ne sera permise que lorsque tout signe stéthoscopique aura disparu. La bronchite aiguë se cantonne facilement et a une tendance à passer à la chronicité chez les vieillards, les débilités, les cardiaques. Elle acquiert une gravité spéciale chez les alcooliques, les surmenés, les brightiques, les goutteux, les diabétiques et les sujets atteints d'une maladie générale infectieuse ou d'une affection du cœur ou du poumon (emphysème).

TRAVAUX ORIGINAUX

La rédaction du *Concours* a accepté la proposition de M. le Dr *Paul Audollent* de faire l'exposé de la méthode Kneipp et de ses propres idées sur la mode d'application de cette méthode. Elle a pensé que tous les lecteurs du *Concours* praticiens de la campagne et praticiens de la ville pourraient en retirer de très utiles indications pour les affections qui sont justiciables de l'hydrothérapie rationnelle et peu compliquée, et qu'il serait fait bon accueil à ce consciencieux travail.

Kneipp et sa méthode.

Plusieurs mois ont déjà passé sur la tombe de Kneipp, l'auteur de la méthode hydrothérapique qui porte son nom. De cette méthode tout le monde, ou à peu près, a entendu parler, du moins dans le corps médical ; un certain nombre l'ont tournée en dérision sans même soupçonner ce qu'elle peut être ; quelques-uns ont voulu l'essayer, plus ou moins au hasard, sans la comprendre. Mais rarissimes sont ceux par qui l'étude de cette hydrothérapie a été sérieusement approfondie, et personne jusqu'à ce jour n'en a donné, à notre connaissance, la véritable formule scientifique. Cette tâche, nous avons tenu à honneur de l'entreprendre personnellement. Ayant, tout d'abord, pendant deux séjours à Wœrishofen, en 1895, étudié la méthode avec Kneipp lui-même, qui voulut bien nous accorder sa confiance, en nous chargeant de la propager en France scientifiquement et pratiquement, nous étant depuis lors efforcé de l'appliquer et de la faire connaître par la fondation d'un établissement à Paris, nous sommes heureux de pouvoir donner à nos Confrères, un exposé succinct de nos idées personnelles concernant la valeur thérapeutique de la méthode Kneipp.

§ I.

Ce qu'était Kneipp.

Avant de parler de la méthode, il est indispensable de dire quelques mots de son auteur, ne fût-ce que pour le justifier des attaques et des calomnies, parfois bien déloyales, dont il a été l'objet. On l'a appelé charlatan, chef d'exploitation, etc. Si quelqu'un méritait de semblables épithètes, certes ce n'était pas lui, et nous pouvons certifier, nous qui avons à plusieurs reprises vécu avec lui, été son commensal et son compagnon de voyage, que sa charité était au contraire vraiment admirable, que son but unique était le bien de l'humanité, qu'il ignorait l'ambition et l'esprit de lucre, négligeant même trop souvent de s'occuper des questions pécuniaires et des nécessités de la vie. Que de fois nous l'avons vu refuser l'argent qu'on lui offrait pour ses consultations et, mieux encore, remettre de sa poche quelque pièce aux malades qu'il croyait peu fortunés.

Est-il besoin de rappeler ici que, né en Bavière, le 17 mai 1821, à Stephansried, village souabe, proche de Mommingen, Sébastien Kneipp, fils d'un pauvre tisserand, était à l'âge de 20 à 25 ans, mourant de tuberculose (son autopsie a fourni la

preuve de cette assertion), lorsqu'un petit livre, dont il nous a dit lui-même avoir oublié le nom de l'auteur, lui donna l'idée de se traiter par l'*eau*. Il se guérit et devint prêtre. Émerveillés de cette cure, dont ils ignoraient d'abord la cause, ses amis le sollicitèrent de les soigner aussi. Il y consentit, et peu à peu sa renommée se propagea dans la contrée. Il refusa alors de recevoir ceux qui commençaient à venir le consulter ; mais bientôt son grand esprit de charité le détermina à les accueillir. En quelques années son nom et le récit de ses succès se répandirent en Bavière, puis en Allemagne, en Europe et dans le monde entier. Son expérience toujours croissante l'amena ainsi à diversifier de plus en plus ses applications d'eau, primitivement assez peu variées, et à créer cet admirable ensemble de procédés hydrothérapiques qui constitue la méthode Kneipp. Ajoutons que le curé de Wœrishofen..... ne négligeait en rien ses devoirs paroissiaux et les menait de front avec les soins qu'il donnait aux malades. Ayant acquis par son traitement et son hygiène une santé prodigieuse, il ne craignait pas de se surmener à un degré excessif, sans en paraître aucunement fatigué. Nous l'avons certes constaté pendant le voyage qu'il voulut bien faire avec nous à Paris au mois de février 1895. En quatre jours, par un hiver sibérien. nous partions de Wœrishofen et visitions Zurich, Fribourg en Suisse, Lyon, Valence et Paris ; Kneipp donna dans toutes ces villes, sans repos, ni trêve, des conférences et des consultations, voyageant la nuit et nous laissant à peine, ainsi qu'à lui-même, le temps de nous reposer. C'est ainsi, en soutenant ses forces par son hydrothérapie, qu'il résista, pendant une carrière longue et bien remplie, à tous les assauts de la maladie et ne fut vaincu par un tel surmenage que dans sa soixante-dix septième année.

Que l'on nous pardonne si nous nous sommes un peu complu à dire quel était Kneipp, cet homme charitable par-dessus tout, simple, droit, plus naïf qu'un enfant, au point que très souvent il fut victime de son peu de défiance vis-à-vis d'industriels sans scrupules, cet homme qui eut l'intuition de l'hygiène et le génie de l'hydrothérapie, cet homme que l'on peut appeler sans exagération *un grand bienfaiteur de l'humanité*. Cette courte biographie était nécessaire, n'est-il pas vrai ? pour faire bien comprendre sa méthode et ses ouvrages.

§ II.

Toute une thérapeutique.

Qu'est-ce donc que la méthode Kneipp ? *Panacée*, a-t-on dit. Ce mot est vite lancé. Qu'appelle-t-on une panacée ? Un médicament, un remède, qui guérit ou est censé guérir toute maladie. Or la méthode Kneipp n'est point un remède, mais bien *une thérapeutique toute entière*, comprenant un nombre considérable de remèdes qui ne sont autres que des applications hydrothérapiques très rationnelles et très variées et dont chacune a ses indications particulières et produit des effets spéciaux se modifiant eux-mêmes suivant le tempérament et l'état actuel du malade sur lequel on les emploie. Voilà pourquoi nous ne craignons pas d'affirmer, sans paradoxe, que *la méthode Kneipp, judicieusement employée, peut donner de bons résultats dans toutes les maladies*. C'est, en un mot, une *médication naturelle*, opposée à la médication artificielle par les médicaments, par les toxiques.

Kneipp, génie intuitif, qui n'avait jamais fait d'études médicales préalables, est loin, nous en sommes d'accord, de démontrer dans ses livres le bien fondé de notre assertion. Il se contente d'affirmer, de relater des exemples assez vagues ; quant aux explications scientifiques, il n'en donne point. Cela peut suffire à convaincre le vulgaire, mais la logique d'un médecin ne saurait s'en contenter. Evidemment Kneipp constatait les résultats tangibles de son hydrothérapie, dont il avait comme nous l'avons dit, peu à peu différencié les applications d'après son expérience et ses judicieuses observations ; mais l'exposé physiologique, le principe fondamental de sa méthode, il ne pouvait le formuler, parce qu'il ne le possédait pas, parce qu'il lui manquait la clef scientifique indispensable pour la découvrir lui-même.

C'est donc cette formule médicale de la méthode Kneipp que nous nous sommes efforcé de trouver et d'établir nettement et que nous allons tâcher de démontrer clairement et aussi succinctement que possible, en demandant cependant la permission de lui donner le développement indispensable à l'intelligence du sujet. Un rapide exposé de physiologie et de pathogénie générales est ici nécessaire.

§ III.

Fluide vital.

Quelle est la source, le moteur matériel de notre vie physiologique ? (Nous disons *matériel*, parce que nous n'avons pas à nous occuper ici de l'âme qui en est comme le pilote immatériel). Le moteur de notre organisme, le centre de notre vie, c'est le *Fluide vital*. Qu'on l'appelle ainsi ou qu'on le nomme influx nerveux, électricité animale, magnétisme animal, etc., peu importe le nom ; mais il nous a semblé que celui de *Fluide vital* le désigne mieux que tout autre. L'important c'est l'existence de ce fluide, de même nature que l'électricité physique, qui est elle-même le grand moteur de toute vie cosmique. Ce fluide, que nous produisons nous-mêmes ou que nous accumulons en le prenant à l'atmosphère et à tous les êtres animés ou inanimés qui nous entourent, parcourt sans cesse notre corps tout entier sous forme de courants, grâce au système nerveux qui est un véritable appareil électrique (*physiologique*, ne l'oublions pas), comportant des centres producteurs et accumulateurs (cerveau, moëlle, ganglions), des relais et commutateurs (plexus nerveux), des rhéophores (nerfs), des électrodes et récepteurs (papilles, organes des sens, terminaisons nerveuses diverses).

Nous n'entreprendrons pas ici d'exposer les preuves de l'existence et la théorie de ce fluide vital, ce qui nous entraînerait trop loin de notre sujet......

Le fluide vital est donc le grand moteur de tous nos appareils organiques. Il donne d'abord l'impulsion au cœur et agit ainsi directement sur la circulation ; de même sur la respiration,

les fonctions digestives, urinaires, motrices, etc.

Les sensations, la douleur ne sont autre chose que les manifestations des vibrations ou des courants de ce fluide.

C'est surtout à la périphérie du corps que l'on peut en constater la présence et les émanations continuelles, plus ou moins intenses.

Ce que l'on a nommé *od, périsprit, corps astral*, est constitué, à notre avis, par ces effluves périphériques qui forment autour de nous comme une zone, une auréole, une enveloppe inséparable de chaque être vivant et dont le volume, la densité, l'intensité varient considérablement suivant une foule de circonstances et notamment suivant l'état de bonne santé ou de maladie. C'est par ce fluide, par ces émanations périphériques que nous sommes constamment en rapport avec le monde extérieur, grâce au contact et aux échanges continuels de notre fluide avec celui de tous les êtres, de tous les objets qui nous entourent. Telle est la clef des nombreux phénomènes dont on chercherait en vain une autre explication plausible, la clef de maint et maint faits dûment constatés, mais inexpliqués jusqu'à ce jour et que l'on rangeait trop facilement et à tort, pensons-nous, dans le domaine du mystère et du surnaturel.

§ IV

Etiologie et Pathogénie.

Là aussi nous trouvons le principe scientifique de la méthode Kneipp et en général de l'action de l'eau sur notre organisme. En effet, toutes les maladies ont une origine première éminemment intrinsèque, à part de rares exceptions qui, presque toutes, sont consécutives à des traumatismes.

Encore est-il que les processus morbides de ces dernières les font rentrer absolument dans le cadre de notre théorie et de notre action thérapeutique.

On peut donc affirmer en pratique que l'*origine commune, intrinsèque de toute maladie est un déséquilibrement dans la somme ou la répartition du fluide vital.* Chaque homme, dans les conditions d'existence, de milieu, d'hérédité, d'idiosyncrasie où il se trouve, doit posséder, pour que ses fonctions s'accomplissent normalement, pour vivre en bonne santé, une somme donnée du fluide vital, répartie logiquement dans tout son corps, suivant les lésions de ses divers appareils ou organes. Si, par suite d'un emploi inconsidéré de cette force, d'échanges extérieurs trop actifs, d'une alimentation défectueuse, de l'introduction d'une substance nuisible, d'un toxique, etc., ce fluide est produit, élaboré ou accumulé en trop grande quantité dans notre organisme, si la somme normale nécessaire à notre entretien est dépassée ou amoindrie dans sa totalité, s'il perd ses qualités vitales, ou bien si les courants de ce fluide le portent trop abondamment ou trop faiblement sur un point ou sur un autre, l'équilibre de la santé est rompu ; la maladie commence. Opposez immédiatement, dès que vous percevrez les premiers symptômes de cette modification, la force d'un agent qui rétablisse l'équilibre, et la maladie est enrayée. Notons bien cette remarque pour comprendre plus tard combien quelques applications d'eau *judicieusement appropriées*, parfois même une seule, peuvent rendre des services en évitant une grave maladie.

Mais suivons notre raisonnement. Le fluide vital qui parcourt notre système nerveux, étant le grand moteur commun de tous nos appareils organiques, il est clair qu'un déséquilibrement dans la somme ou dans la répartition locale de ce fluide entraînerait aussi un déséquilibrement soit général, soit local dans les fonctions de ces appareils. Cette action se manifestant avant tout sur les fonctions circulatoires, ce sont elles qui, presque toujours, à moins que l'éveil ne soit tout d'abord donné directement par le système nerveux lui-même (douleurs et sensations diverses) ce sont les fonctions circulatoires, disons-nous, qui sonnent la cloche d'alarme par des symptômes locaux ou généraux d'hyperhémie ou d'anémie, de congestion active ou passive, d'élévation ou d'abaissement de température, etc. La fièvre, la température n'est-elle pas notre principal avertisseur, notre guide le plus sûr dans la pratique médicale ? Ces désordres entraînent infailliblement soit l'organisme tout entier, soit la région déséquilibrée dans un état d'infériorité de réceptivité vis-à-vis des éléments ennemis qui, dans la lutte pour la vie, cherchent sans cesse à nous pénétrer, à vivre à nos dépens, et à nous détruire. Ils nous exposent d'une part à l'action nocive des agents atmosphériques contre lesquels l'équilibre fluidique normal suffit à nous protéger, d'autre part à l'invasion des germes microbiens que les fonctions phagocytiques affaiblies deviennent impuissantes à entraver.

Inutile d'insister sur les désordres qui éclatent alors : défectuosités dans les échanges cellulaires, dans la combustion, dans la nutrition, formation de produits morbides (ptomaïnes, leucomaïnes, toxines), provenant soit du mauvais fonctionnement des cellules, soit de la présence et de l'action des microbes, déchets organiques trop abondants, produits divers de désassimilation et de combustion, en un mot, tout ce que l'on peut désigner sous le nom général de *principes morbides*. Mais n'oublions pas d'une part qu'à la formation de tous ces produits correspond toujours une destruction, une détérioration, une altération proportionnelle de l'organisme, et, d'autre part, que, même si les désordres ont été tout d'abord locaux, ils ont plus ou moins rapidement leur répercussion sur l'état général. Ainsi s'expliquent tout naturellement les divers processus étiologiques et pathogéniques, processus des agents atmosphériques (a frigore, etc.), processus microbiens ; ainsi devons-nous comprendre la différenciation des maladies, qui pourtant ont l'origine commune intrinsèque que nous venons d'exposer. C'est toujours l'organisme qui commence par une faute d'hygiène consciente ou inconsciente. Par conséquent, rappelons-nous bien, au point de vue pratique, que les désordres primitifs et secondaires sont toujours empreints d'une modalité spéciale à chaque maladie, suivant l'équilibre normal du fluide nerveux qui lui est propre, en d'autres termes suivant son idiosyncrasie, son tempérament.

(A suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une heureuse coïncidence nous permet de rapprocher ici deux articles, où des membres du Concours, dont nos lecteurs connaissent le bon jugement, étudient ce que la moralisation professionnelle et la déontologie pourraient gagner, sans réglementations compliquées, à s'inspirer de deux pratiques qui sont à la portée de tout le monde, la politesse et l'honneur.

Associations d'Honneur comme contribution à la pratique de la déontologie professionnelle. Réinstitution du serment d'Hippocrate.

Je lis dans un récent numéro du *Concours* que le *Lyon médical* « ouvre une souscription dont le produit sera attribué à la création d'un prix décerné par l'Académie de médecine au meilleur travail de déontologie professionnelle ».

Un même courant d'idées tendrait à faire établir dans nos Ecoles de médecine un enseignement officiel de déontologie.

Or ceci est-il vraiment nécessaire et faut-il admettre que le candidat au titre de docteur manque à ce point des éléments capables d'assurer la correction de ses actes vis-à-vis de ses confrères, de sa clientèle et de lui-même, qu'il faille les lui apprendre ainsi qu'une branche spéciale de l'art médical ?

Je ne le crois pas, pour ma part.

L'Enseignement ! L'Instruction ! Ce sont là, en notre époque, de bien grands mots que nous voyons présider à toute la série hiérarchique de nos Ecoles, alors qu'il reste pourtant bien avéré que si l'enseignement est luxueusement prodigué, le culte de l'Education reste au second plan, sinon au delà.

Aussi bien n'est-il pas surprenant que l'étudiant en médecine, comme le praticien diplômé, soient aujourd'hui plus exposés à ressentir les influences fâcheuses d'une éducation insuffisante et d'un caractère mal trempé. C'est, en effet, cette lacune dans la formation des caractères qui, sous l'épreuve des conditions de la vie actuelle — lutte pour l'existence, déchaînements d'appétits et d'ambitions, etc., — conduit à toutes ces défaillances de l'homme professionnel, que le corps médical déplore et auxquelles il désire tant porter remède.

En cette vue, le *Lyon médical* vient donc, après le *Concours médical*, encourager l'élaboration du meilleur Code déontologique.

Mais est-ce là la vraie solution du problème posé, à savoir l'amélioration de nos mœurs professionnelles?

Du code le plus complet, volontiers, je dirai comme de l'enseignement déontologique officiel : « Est-ce bien cela qu'il faut ? Les médecins ou les jeunes gens qui aspirent à notre art sont-ils si ignorants qu'ils méconnaissent les lignes élémentaires et pratiquement suffisantes de leur conduite professionnelle et aient pour cela besoin d'un code pareil ? »

Non. « *Video meliora, deteriora sequor* » ; ce vers d'Ovide est encore ici applicable. On sait ce qu'il faut faire, et si on ne le fait point, c'est bien un peu, je l'accorde, la faute aux exigences de la vie en nos temps, mais n'est-ce pas surtout aux défectuosités de notre Education qu'il faut rapporter les manquements graves aux règles de l'honnêteté professionnelle et du savoir-vivre.

Dans le déséquilibre moral qui n'atteint pas exclusivement l'élément médical, quelque chose semble ne pas avoir subi au même degré l'influence dissolvante. L'honneur, cette parure souvent superficielle des caractères, est aujourd'hui mis en avant, et souvent, à défaut de vertu, commande aux actes et aux volontés contre les entraînements malsains.

Or, s'il en est bien ainsi, sur l'honneur envisagé comme première garantie d'une certaine morale professionnelle, n'y a-t-il pas lieu d'établir un principe de conduite susceptible de régir pratiquement la partie déontologique de la médecine ?

C'est ce que, pour ma part, j'ai été amené à penser. Sous cet égide de l'Honneur, il serait peut-être permis de ranger bien des volontés désireuses de concourir par un effort commun à trouver, pour l'accomplissement des devoirs professionnels, un auxiliaire plus puissant ou mieux approprié que les codes et l'Enseignement déontologiques, que les syndicats et la chambre disciplinaire.

Faisant donc appel à l'Honneur, je proposerais qu'il fût formé, à côté des syndicats dont la création est légitime et le but distinct, des *associations d'honneur professionnel* dont les membres rassemblés, d'abord par sympathie et estime réciproques, ensuite par désir partagé de vivre en bonne et sincère confraternité, de se prémunir solidairement contre les difficultés professionnelles de toute sorte, s'obligeraient, par un engagement d'honneur, à mettre en pratique, pour leurs satisfactions et avantages communs, les devoirs inscrits dans la conscience de chacun d'eux.

Ces groupements, cimentés d'une confiance réciproque, et au sein desquels le collègue trouverait son remplaçant, en cas d'absence, ses conseillers et ses aides en toute occasion, ne devraient jamais viser qu'à la qualité morale des adhérents, ou tout au moins à la stabilité de leurs engagements. Leur nombre, quelque restreint qu'il fût, ne tarderait pas, dans les villes, à former un foyer de bonne et bienfaisante contagion.

La réforme de certaines tendances de nos mœurs professionnelles, au moyen de l'exemple associé et placé sous la sauvegarde de l'Honneur, voilà, en somme, la mesure que je voudrais voir s'introniser chez nous et être placée au-dessus de tous ces édits, ces codes, ces enseignements, ces sanctions, objets des préoccupations actuelles. Toutefois, ne serait-il point en même temps opportun de rétablir dans l'ensemble de nos Facultés, cet usage traditionnel de la prestation et du serment d'Hippocrate ? Par sa solennité, celle-ci offrait à l'esprit des jeunes docteurs non seulement comme une saine évocation des devoirs à remplir, mais aussi comme une suggestion dont la puissance et l'influence favorable sur l'existence professionnelle du médecin dépasse peut-être la mesure d'appréciations trop sceptiques.

Résumant, en forme de conclusions, les idées qui précèdent, je dirai :

1° Il conviendrait pour maintenir les bonnes traditions de confraternité médicale, qu'il se formât, indépendamment des Syndicats et des

associations locales existantes, dont le but est tout autre, des groupements vraiment confraternels établis sur les bases d'une estime, d'une confiance, d'une loyauté et d'un dévouement réciproques.

2° *Le sentiment de l'honneur* étant avec les qualités morales le fondement de ce genre d'association, la seule condition statutaire à accepter en y accédant, serait l'engagement d'honneur de ne point faillir aux principes d'une conduite honnête, loyale et respectueuse des droits d'autrui et pouvant être formulée d'après la maxime :

« Ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît à toi-même. Fais aux autres ce que tu voudrais qu'il fût fait pour toi. »

3° L'exclusion de l'association serait l'unique sanction attachée aux manquements graves et volontaires à ces engagements d'honneur.

4° Ne semble-t-il pas opportun de réinstituer dans les Facultés la prestation solennelle du serment d'Hippocrate ?

Dr Pailhas, d'Albi.

N. D. L. R. — Nous nous ferions scrupule d'avoir publié cette courte et intéressante étude, sans rappeler qu'une idée analogue fut exposée devant nous, il y a deux ans, par M. le Dr Delvaille (de Bayonne), que préoccupait aussi le souci de la moralisation professionnelle, par des *moyens autres que l'ordre des* médecins, et d'une réalisation plus facile.

Déontologie.

LA POLITESSE INTERMÉDICALE.

« La politesse est la *culture intellectuelle et morale* des Sociétés », dit Littré.

C'est donc au médecin qu'il appartient le plus de l'observer.

Elle surpasse la déontologie, impossible sans elle.

Sans doute, le médecin pratique la politesse à l'égard de ses clients et du monde ; mais l'observe-t-il envers ses confrères qui, cependant, ont sensiblement la même culture intellectuelle et morale ? Hélas, non ! il faut bien l'avouer. Non, cette politesse, toute superficielle la plupart du temps, qui n'engage à rien, voile les sentiments réciproques, masque l'indifférence et couvre même, je l'accorde, certains défauts du cœur, sous une apparence agréable, mais cette politesse que tant de monde aime, admire et cherche à pratiquer avec esprit et raffinement, est délaissée par les médecins entre eux.

Pas n'est besoin pourtant de cordialité pour être poli.

Le public, pour qui nous devons être des modèles de toutes les vertus, nous observe et étudie nos faits et gestes. Il rit de nos faiblesses, de nos misères, de nos rivalités, de nos discordes ; et... en profite ! Nous lui donnons à plaisir des armes contre nous ! Exemples :

Les jeunes médecins s'installent dans une ville ou dans un quartier, et ne rendent pas visite à leurs confrères ! Et quelquefois les aînés ne rendent pas la visite que leurs cadets leur ont faite !

Beaucoup se rencontrent dans la rue, dans un endroit public, ou même chez les clients, non seulement sans se donner la main, mais sans se saluer, sans se voir ! Certains ne saluent point un confrère qu'ils saluaient d'abord parce qu'ils ont appris qu'il était ami de tel autre ! Et avec raison, le public ricane !

Ces façons de nous dédaigner les uns les autres ne sont assurément point faites pour nous donner du prestige envers le public, ni de l'estime envers nous-même. Nous avons tout à perdre à cette façon d'agir.

Connaissant ce défaut de la cuirasse, le client appelle celui-ci quand il a exploité celui-là et, sachant qu'il sera complaisamment écouté, s'acquitte souvent de sa dette en disant beaucoup de mal de l'un à l'autre. Puis, renversant sa tactique, il abuse ainsi de tous les médecins.

Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question.

Il est indispensable que nous paraissions unis au milieu de la société. Il faut sauver les apparences ; il y va de notre influence et de notre autorité. Or la politesse contribue à notre force et l'augmente. En dehors des satisfactions personnelles qu'elle procure à l'homme bien élevé, elle nous rehausse et nous grandit vis-à-vis les uns des autres ; elle nous rapproche, nous lie même, nous porte aux sentiments généreux, et donne du charme à nos rapports, même à nos rapports médicaux.

Avec elle plus de malentendus, plus de tiraillements. Le client en est pour ses racontars, pour ses mauvais procédés. Au lieu d'exploiter *l'invidia medicorum*, il est obligé de compter avec notre entente dont la politesse est le meilleur signe.

Alors il n'arriverait pas, ce dont nous avons été plusieurs fois le témoin surpris et attristé : que de jeunes médecins se plaignent à leurs syndicats des procédés de leurs anciens à qui il n'ont pas même fait une visite de politesse lors de leur installation !

Voyons, jeunes confrères, un peu de réflexion et de bon sens.

Vous arrivez dans un quartier ; vous avez pour voisin un médecin honorable, qui exerce notre belle profession depuis des années.

Non seulement vous ne rendez pas visite à ce confrère, mais vous semblez ignorer son existence et affectez de ne point le connaître. Un de vos malades — et c'est son droit absolu, comme c'est l'histoire de chaque jour — veut être soigné par ce confrère honnête qui n'a rien fait pour s'emparer du client. Malgré les dires contradictoires de la famille, le langage tenu auprès du malade a été correct et conforme aux règles de la plus scrupuleuse déontologie, et voilà que, vexé, du tac au tac, vous traduisez votre confrère devant une juridiction syndicale, comme vous l'appellerez peut-être plus tard devant un conseil de l'ordre des médecins !

De quel droit agissez-vous ainsi, s'il vous plaît ?

Vous qui ne pratiquez pas les règles élémentaires de la civilité puérile et honnête, vous voulez que votre confrère use envers vous de bons procédés ? vous lui demandez les égards que vous lui refusez ? vous exigez de lui des qualités que vous ne possédez pas ? vous vous permettez de le juger du haut de votre impolitesse ? Bien mieux, vous épousez parfois les querelles, les animosités du confrère à qui vous succédez, et d'emblée vous vous tenez à l'écart des confrères qui sans doute vous portent ombrage ?

Vous savez pourtant qu'un homme bien élevé ne pardonne pas et ne saurait pardonner une impolitesse. Une fois l'impolitesse commise, la situation est perdue. Vous ne vous pardonnerez pas à vous-même l'impolitesse que vous aurez commise, et pour vous justifier à vos propres yeux, vous entasserez faute sur faute et vous *chercherez* des griefs contre vos confrères, pour vous donner un semblant de raison.

Nous ne voudrions point faire de comparaison désobligeante pour vous, mais nous nous permettrons de vous dire que si, à votre arrivée, vous aviez rendu visite à ce confrère dont vous vous plaignez, et si ce confrère, comme son devoir était de le faire, vous eût rendu votre visite, tout ceci ne fût point arrivé. Le malentendu se fût dissipé de lui-même et vous seriez restés ensemble dans les meilleurs termes, sans autre intervention que l'action de votre estime mutuelle.

Entre médecins polis, il n'est pas besoin de conseil de discipline, ni d'intervention syndicale.

Entre médecins qui ont méconnu les règles de la politesse, ces juridictions n'opéreront aucun rapprochement et creuseront même plus profond le fossé qui les sépare.

A notre avis, la politesse supprimant les difficultés de nos rapports confraternels, car il faudrait être lâche et hypocrite pour se comporter mal envers un homme que l'on vient de saluer et à qui on a serré la main, nous proposons de mettre en tête du Code de Déontologie, les articles suivants, qui sont sacrés :

1° Tout médecin qui s'installe dans un endroit quelconque, doit rendre visite aux confrères de la *circonscription* dans laquelle il se propose d'exercer.

2° Tout médecin qui a reçu la visite d'un nouveau confrère, doit lui rendre cette visite.

Ivry, 1er décembre 1897.

Dr Courgey.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal avoué. — Acquittement.

Mr le Dr Bouchain, président du Syndicat du Sud-Est, nous adresse le récit suivant qui est de nature à intéresser tout le corps médical.

« Nous avons à Mens (Isère) un abbé qui se livre « depuis longtemps à l'exercice de la médecine sans « avoir aucun diplôme. Poursuivi une première « fois et acquitté en première instance, il fut con- « damné en appel à une peine dérisoire.

« Dernièrement, nous dûmes le poursuivre à nou- « veau, et, malgré ses aveux, malgré un hôpital à « son usage, qu'il a créé à Mens, et qui étale son « enseigne à la face du Parquet, il vient d'être ac- « quitté avec les attendus suivants, qui sont de « nature à faire rêver, même après ceux de l'arrêt « Laporte :

Attendu que la prévention qui reproche à Cuillerée d'avoir commis le délit d'exercice illégal de la médecine est basée sur les témoignages des témoins Pelloli et Pugnoud ;

Attendu que le premier de ces témoins soutient que le 31 mai 1897, il s'est présenté chez Cuillerée en lui faisant connaître qu'il était souffrant et lui a demandé de l'ausculter et constituer le traitement que son état comportait ; que le prévenu lui a remis une ordonnance à laquelle il déclare n'avoir rien compris et dont, en tout cas, il n'a pas tenu compte ; que le 16 juin, il s'est rendu de nouveau à Mens pour consulter le prévenu qui lui a prescrit de continuer le traitement primitivement appliqué.

Attendu que Pugnoud, qui est le gendre de Pelloli, s'est présenté chez le prévenu également le 31 mai, disant qu'avait un point de côté ; que Cuillerée après l'avoir ausculté, lui a délivré une ordonnance et lui a dit de revenir quinze jours après ; qu'il est retourné à Mens le 14 juin en compagnie de son beau-père ; que le curé lui a recommandé de s'en tenir à la première ordonnance dont il n'a également pas suivi les prescriptions :

Que l'un et l'autre des témoins ont déclaré avoir offert une rétribution au curé, qui a accepté à chaque visite la somme de deux francs ;

Attendu que les témoins ont déclaré au surplus, à l'audience, qu'ils étaient envoyés auprès du curé de Mens par le Syndicat médical du Sud-Est, et à ses frais, dans le but de permettre audit syndicat, auquel devaient être remises et ont été remises les ordonnances délivrées par le prévenu, d'établir les agissements de ce dernier; qu'ils ont soutenu néanmoins, l'un et l'autre, à l'audience, qu'ils étaient réellement malades lors de leurs visites des 31 mai et 14 juin ;

Attendu que de son côté le prévenu a reconnu qu'il n'avait aucun diplôme lui permettant d'exercer la médecine : que si bien il a nié avoir ausculté, soit Pelloli soit Pugnoud, il a néanmoins avoué qu'il les avait accueillis, à différentes reprises, comme des malades et que, les croyant tels, il leur avait délivré, à l'un et à l'autre, une ordonnance instituant un traitement.

Mais qu'il a fait plaider qu'en l'espèce, la perpétration du délit lui avait été rendue impossible, par ce fait qu'il serait actuellement démontré que les deux témoins produits n'étaient, aux dates où ils se sont présentés à lui, atteints d'aucune affection de nature à motiver un traitement ;

Attendu qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine celui qui, non muni de diplôme et en dehors des cas d'urgence, prend part habituellement, par une direction suivie, au traitement des maladies ;

Attendu qu'il résulte de ce texte que les deux éléments qui constituent essentiellement le délit qu'il a entendu réprimer *sont un traitement* et *une maladie* ; qu'il est constant que le prévenu a institué, à l'égard de Pelloli et de Pugnoud, un traitement médical, mais qu'une maladie n'existait ni chez l'un ni chez l'autre ;

Attendu, en effet, que si bien, à l'audience, ces deux témoins ont déclaré qu'ils étaient atteints des affections qu'ils ont signalées au prévenu, il résulte néanmoins pour le Tribunal la conviction absolue que ces déclarations ne sont pas sincères et, qu'en réalité, ils se savaient, lors de leurs visites à Mens, indemnes de toute affection. Que tout d'abord il convient de considérer que Pugnoud a déclaré formellement au commissaire de police qu'en se présentant au curé Cuillerée « il n'était pas plus malade qu'aujourd'hui, c'est-à-dire pas du tout » ; qu'ils ont l'un et l'autre déclaré qu'ils n'avaient tenu aucun compte de l'ordonnance ; qu'au surplus la mission dont ils avaient été chargés par le syndicat, dont l'un d'eux a reconnu être le dénonciateur habituel en vue de ces sortes de poursuites et leur attitude embarrassée à l'audience, ne permettent nullement d'ajouter foi à leurs déclarations évidemment intéressées ; que dans ces conditions il est constant que Pelloli et Pugnoud, seuls témoins produits dans les poursuites n'étaient atteints, en réalité, d'aucune maladie.

Que, d'autre part, il est inadmissible que la loi ait pu viser, comme on l'a soutenu, non seulement le traitement des affections réellement existantes, mais encore et même celui des maladies simulées ;

Qu'ainsi l'un des éléments constitutifs du délit, savoir : une maladie, faisant défaut en l'espèce, l'infraction reprochée au prévenu n'a pu être consommée, faute d'objet ; qu'il y a lieu, en conséquen-

ce, de renvoyer le prévenu des fins de la poursuite intentée contre lui par le ministère public.

En ce qui concerne l'intervention de la partie civile :

Attendu que le fait délictueux n'existant pas, cette intervention n'est pas recevable.

Le tribunal, ouï Me Milanta pour le Syndicat médical du Sud-Est ; M. Rémy, juge suppléant faisant fonction de Procureur, et Me Giroud pour le prévenu ; après en avoir délibéré, conformément à la loi, renvoie l'abbé Cuillerée des fins de la poursuite dirigée contre lui par le ministère public ; déclare irrecevable l'intervention de la partie civile, dit n'y avoir lieu d'y faire droit et condamne la partie civile à tous les dépens.

De tout le verbiage, habituel aux Cours, qui constitue les attendus du jugement envoyé par notre confrère, il convient de retenir les deux passages soulignés. Dans le premier, l'abbé reconnaît s'être trouvé en présence de deux malades, et en avoir *dirigé* le traitement, c'est-à-dire s'être mis dans le cas prévu par la loi Chevandier. Cette sincérité, qui n'a rien d'intéressé, suffit à tous ceux qui, sans parti pris, veulent se faire une opinion. La culpabilité est évidente, il n'y a plus qu'à prononcer la peine, n'est-ce pas ? — Eh bien, non. Les gens chargés de faire respecter la loi (ils ne sont pas médecins, et ils n'ont pas vu les malades à l'époque où ceux-ci réclamaient un traitement) *établissent, malgré le prévenu et malgré* les deux témoins, que ceux-ci étaient bien portants ! Et, considérant cette preuve comme faite, parce qu'ils l'ont énoncée dans le second passage souligné, nous les voyons conclure victorieusement : « Il n'y a pas eu délit, parce que nous disons qu'il n'y avait pas eu maladie. »

Ceci est déjà assez coquet.

Mais nous désirons surtout attirer l'attention sur le rôle attribué aux deux témoins, *dénonciateurs habituels pour le compte du Syndicat.* Nous ignorons complètement si cette allégation est fondée. Mais, en supposant qu'elle le soit, en quoi diminue-t-elle la culpabilité du prévenu ?

Et puis, il est bon que les Bureaux des Syndicats s'expliquent, une fois pour toutes, avec les Parquets, au sujet des plaintes qu'ils déposent pour les faits d'exercice illégal.

Dès qu'une concierge vient se plaindre de nous, Messieurs les Procureurs s'empressent de mettre en action leur arsenal policier, compétent.. oh combien ! ; ils multiplient les enquêtes ; ils nous enlacent dans les mailles d'une instruction faite des racontars les *plus échevelés*, et nous disent alors : « Allons, Monsieur, défendez-vous ; tâchez de sortir de là, même si vous n'y comprenez rien. »

Quelle est leur attitude, au contraire, quand nous allons leur signaler et leur demander de poursuivre des faits d'exercice illégal, qui sont une honte pour leur ressort judiciaire, que tous les honnêtes gens réprouvent, parce qu'ils y voient avec raison une impudente escroquerie et un danger pour la santé publique, et que les magistrats sont particulièrement chargés de réprimer, parce qu'ils furent sacrés les gardiens vigilants et intègres de tous les intérêts dignes de respect et de protection ? Est-ce un remercîment qu'ils nous adressent pour les avoir aidés dans leur tâche ? La hâte leur vient-elle aussitôt de seconder nos efforts et de saisir au plus vite la preuve du délit ?

Non, non et non. Huit fois sur dix, ils exigent que nous fassions nous-mêmes les enquêtes ; ils refusent de bouger tant que nous n'aurons pas apporté les *documents* que leur police assermentée a, seule, mandat de découvrir ; ils insinuent que nos Syndicats sont guidés par un intérêt précuniaire et suspects par conséquent ; ils nous traitent de gêneurs, en un mot, tant et si bien qu'ils nous décourageraient, si nous n'avions pas, nous, une foi robuste en nos droits et le juste souci de faire tout notre devoir.

De quel droit, donc, viendrait-on reprocher à nos confrères de l'Isère (s'ils l'ont réellement fait) d'avoir agi par des mesures ayant, peut-être, une apparence policière ? Ne leur fallait-il pas forcer la main, judiciairement, à ceux que ne peut convaincre l'édifice hospitalier de Mens, dont parle M. le Dr Bouchain ? Ils l'ont fait : ils ont apporté les *documents*, et, si éloquents ceux-ci, que le prévenu a tout avoué, maladie, traitement, rémunération ! Grâce à eux, l'instruction a été assez probante pour faire honneur à un magistrat de la carrière, aidé de tout le Service de la Sûreté.

Alors, comment expliquer l'acquittement ?

Les médecins avaient été forcés de faire l'instruction, œuvre de magistrats : ceux-ci n'ont rien trouvé de mieux que de se faire médecins, pour nier la maladie et le délit. Succès pour succès.

Tout n'est-il pas pour le mieux dans ce nouvel état de choses qui s'affirme de plus en plus ?

L'Institut de Sens nous en donnera la preuve quelque jour. Quand les médecins prouveront au Parquet qu'on y soigne des malades, les magistrats trouveront ceux-ci assez parfaitement guéris, pour mettre en doute les affections signalées.

Et tout se terminera par une réclame de plus, pour la grande gloire de la Justice et pour la confusion du corps médical, à moins que l'équité, soutenue par notre persévérance, ne reprenne un jour la place qui lui est due, dans l'intérêt de la santé publique.

Le Syndicat du Sud-Est ne se tient pas pour battu ; nous l'en félicitons, et nous mettrons à sa disposition l'appui du *Sou médical*, si les médecins lésés sont membres de cette œuvre.

H. J.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

Réponse au rapport sur la création d'un ordre des Médecins présenté à la séance du Syndicat médical des Basses-Cévennes du 19 octobre 1897 par le Dr Tarrou (1).

Messieurs et chers confrères,

A la première et simple audition du rapport de notre confrère le Dr Tarrou, je me suis empressé de le remercier au nom du syndicat pour son travail remarquable, tout à la fois, et par la forme et par le fond. A la lecture, cette première impression s'est encore accrue, et j'éprouve le besoin de le remercier encore une fois, en mon nom personnel. Néanmoins son argumentation, bien qu'habilement groupée contre la création projetée, ne m'a pas convaincu et je le prie de me permettre de vous dire pourquoi. Les considérations que je tiens à lui

(1) Voir no 1, 1898, du *Concours médical*.

opposer seront une nouvelle preuve du cas et de l'estime que je fais de son opinion.

Je vais suivre pas à pas les conclusions de votre rapporteur avec le ferme dessein et l'espoir de vous en démontrer le mal fondé : après quoi je m'efforcerai, si vous voulez me continuer votre bienveillante attention, de prouver le peu d'efficacité des projets qui vous ont été soumis pour remplacer la malencontreuse institution de l'*Ordre des Médecins*.

Je cite textuellement : En résumé, dit-il, atteinte à notre indépendance, création d'une hiérarchie contraire à l'esprit libéral de notre profession, dangers et inefficacité d'une juridiction spéciale, influence nulle et plutôt nuisible sur le développement de la moralité et de la confraternité. Et c'est tout ! Mais si la progression est ascendante, elle ne me semble ni rigoureuse, ni démontrée.

Comment a-t-on justifié l'atteinte à notre indépendance ?

J'ai relu attentivement le rapport et me suis convaincu que cette atteinte résulte de la création d'une hiérarchie, de telle sorte que les deux griefs n'en font plus qu'un et que c'est l'établissement d'une hiérarchie qui a troublé la quiétude ordinaire de notre excellent confrère. Cette hiérarchie, même élective, ne peut trouver grâce à ses yeux. Comprenant cependant d'instinct que ce caractère électif en atténue tout au moins la nature, il ajoute : « C'est naturellement de l'Etat que nos Elus tiendraient l'investiture de leurs nouvelles fonctions, ce qui signifie encore ingérence du pouvoir dans nos affaires, aliénation d'une partie de notre indépendance », mais il y a évidemment quelque chose qui proteste dans l'esprit judicieux de notre confrère contre cette proscription de la hiérarchie, puisqu'il ajoute aussitôt : « Or si la hiérarchie est chose indispensable dans l'état social, et dans certaines parties de son organisme, l'armée par exemple, je ne pense pas qu'elle soit désirable ni désiré parmi nous. » Désirable, mais quod est demonstrandum ! ni désirée ! Et pourquoi donc ? Vous nous renvoyez, par parenthèse, aux lettres du Dr de V.., n° 3, et du Dr G..., n° 32 du *Concours*, moi, je vous renvoie pour contre-balancer leurs affirmations, au projet émané des 4.000 médecins formant le Congrès de 1845, aux projets du Dr Surmay, de Ham, du Dr Mougeot, du Dr Dignat, de l'Union des Syndicats, du Dr Lasalle de (Lormont), etc., etc.. Je m'arrête, la liste de ceux qui y ont adhéré serait vraiment trop longue pour être complète. Il me suffira d'ajouter que le Dr G... luimême reconnait qu'il a la majorité contre lui et qu'il s'excuse en quelque sorte de soutenir l'opinion contraire.

« Notre liberté, vous écriez-vous, est une compensation de nos fatigues, de nos ennuis, de nos déboires, et il serait bien imprudent à nous de limiter de notre plein gré cette prérogative qui déjà est menacée et entamée par les exigences croissantes de l'administration et des associations de toutes sortes. »

Ici, je vous arrête un instant pour vous demander des explications et des éclaircissements.

De quelle liberté voulez-vous parler? Ce n'est certainement que de la liberté du bien, et nullement de celle qui consiste à tromper un confrère par des actes peu délicats, et une lutte déloyale, servie par des insinuations perfides. Ce serait vous faire injure d'en douter, et ce n'est pas sur ce point que je tiens à vous interroger. Ce qui m'a surpris, c'est le rapprochement que vous établissez entre la limitation de nos prérogatives par l'administration et les associations de toutes sortes, et celle qui pourrait résulter de la création d'un ordre des médecins.

Ce rapprochement m'étonne d'autant plus que, dans ma conviction (et c'est là un côté de la question très insuffisamment relevé), l'ordre des médecins est destiné à nous protéger au besoin contre les empiétements et les injustices. A la question anxieuse du Dr Huchard : qui nous protègera ? Je réponds sans hésitation : l'ordre des médecins !

Passons maintenant aux inconvénients, aux dangers et à l'inefficacité de la juridiction proposée.

Ses inconvénients résulteront de l'obligation d'accueillir les accusations lancées contre des confrères. Cette fois, je concède ; tout n'est pas rose dans le métier de juge. Mais il faudra subir cette obligation, comme nous en subissons tant d'autres en échange des avantages que nous en retirons. Et quelle répugnance éprouverez-vous, par exemple, à prévenir avec des ménagements dans la forme, un de vos confrères qu'il ne doit se rendre à jours fixes dans une localité quand elle est la résidence d'un confrère et à le prévenir de tels et tels autres de ses actes que je pourrais citer, manquant de correction. Et c'est ici qu'à mon tour j'éprouve le besoin d'inviter mon cher confrère à ne pas pousser le tableau trop au noir, en supposant que le tribunal institué sera encombré de dossiers à compulser, assailli de plaintes à entendre, de fautes à juger. Mais si le tableau n'est pas chargé, quelle idée devons-nous prendre, je ne dis pas de la moralité, mais de la conduite et des rapports des médecins entre eux.

Les dangers résulteront de l'article 8 du projet de l'Union, qui porte que tout acte contraire à la dignité et à l'honorabilité professionnelle devra être signalé.

Vous demandez par qui ? Je réponds sans hésiter par le ou les confrères lésés, à moins que le dit acte soit de notoriété publique, auquel cas la chambre médicale agira d'office.

Vous voyez, dans ce fait, un encouragement à la suspicion réciproque et à la dénonciation mutuelle, deux grands mots destinés à flétrir pour les besoins de la cause, un acte bien simple en somme, qu'on accomplira au grand jour de la publicité, et en état de légitime défense.

Vous vous préoccupez aussi de la difficulté qu'il y aura pour préciser les limites de la correction, et les manquements aux règles de la déontologie. J'ose affirmer que, dans le plus grand nombre des cas, cette limite sera on ne peut plus facile à établir, et que le doute, selon une règle bien sage, profitera à l'accusé. Ne perdons pas de vue que certainement le Tribunal s'efforcera de se montrer bienveillant en restant juste.

Dans votre sollicitude pour un confrère injustement accusé, vous nous demandez, non sans anxiété, comment on pourra réparer le tort que lui aura causé la légèreté ou la malveillance.

Rassurez-vous ; en pareil cas, le tort sera nul, le huis-clos étant de règle devant ce Tribunal. L'accusateur seul en sortira diminué dans l'estime de ses juges.

Vous envisagez une hypothèse qui ne peut se réaliser en conseillant la plus grande prudence à la Chambre médicale, pour le cas où la dénonciation émanera d'une personne étrangère à la profession, car dans aucun projet cette éventualité ne me paraît avoir été prévue.

Les tribunaux ordinaires pourront toujours être saisis pour les contestations entre les médecins et leurs clients.

Quant aux accusations de partialité portées contre les Chambres médicales, par les médecins ou le public, il faut bien en prendre son parti, Le bon Lafontaine a déclaré bien fou qui prétend contenter tout le monde et son père, et vous savez bien d'ailleurs qu'on a toujours 24 heures pour maudire ses juges.

Mais conclure de ces malédictions à l'insuffisance, c'est un pas que je me refuse à franchir.

Que deviendront les médecins condamnés par leurs pairs? Vous croyez qu'ils grandiront dans l'opinion publique, moi je suis convaincu qu'ils seront diminués; entre ces deux opinions, l'avenir seul pourra décider quelle est la vraie.

Je suis vraiment surpris de vous entendre invoquer en faveur de votre thèse ce qui se passe dans

la corporation des notaires ou celle des avocats : si la chambre des notaires ne met pas la corporation à l'abri des chutes retentissantes, si l'ordre des avocats n'empêche pas certains d'entre eux de vivre d'affaires véreuses, de tripotages et de scandales, ces faits profondément regrettables ne sauraient raisonnablement être invoqués contre une réglementation destinée à les prévenir et à les réprimer. Mais à ce compte le code civil est inutile et il faut supprimer gendarmes et tribunaux puisqu'ils n'empêchent ni les vols ni les assassinats.

Il y a dans ce monde une dose de mal qui paraît inévitable parce qu'elle est inhérente à la nature humaine.

Ma surprise ne fait que grandir quand vous exprimez la crainte que l'Ordre des médecins ne soit plutôt nuisible à la moralisation et au développement de la confraternité. Et comment donc, je vous prie? en nuisant aux Syndicats et aux Sociétés locales abandonnées par les médecins qui croiront avoir assez fait quand ils auront nommé leur chambre syndicale. C'est de votre part une pure hypothèse : un simple vote qu'on sera autorisé à déposer par correspondance, ne saurait entraîner l'abandon des syndicats, de ces réunions amicales où l'on apprend à se connaître et à s'estimer. N'avez-vous pas cédé un peu au plaisir d'établir un contraste entre ces *Réunions amicales et les solennelles et tristes assises trimestrielles surchargées de dossiers à compulser, de plaintes à entendre, de fautes à juger* ! C'est réussi comme style ; heureusement le tableau manque de vérité !

Il ne me reste plus, avant de finir, qu'à examiner rapidement les mesures que vous proposez comme préférables pour mener à bien l'œuvre du relèvement que nous poursuivons tous.

Elles se réduisent :

A rendre le recrutement plus difficile en renforçant les études préliminaires au lieu de les simplifier ;

A instituer dans les Facultés un véritable cours de déontologie ;

A souhaiter, en troisième lieu un développement plus considérable de nos syndicats et de nos associations.

Mais ces diverses propositions, je les accepte volontiers, à une seule condition, c'est que, ne devant sortir à effet que dans un avenir éloigné, elles ne fassent pas obstacle à une création urgente commandée par les nécessités de l'heure présente. Songeons à nos arrière-neveux, je le veux bien, mais ne négligeons pas nos intérêts présents. Votre traitement pathogénique ne suffit pas ; un traitement symptomatique est indispensable pour remplir les indications du moment.

Toutes ces réformes ne peuvent être réalisées que par des lois, ne les demandons pas toutes à la fois, sérions-les pour mieux aboutir.

La plus importante, *celle qui s'impose*, c'est la création de l'Ordre des médecins ; grâce à son caractère obligatoire et aux sanctions qu'elle doit obtenir, elle assurera dans la mesure du possible, ce que, ni la grande association médicale, ni les syndicats n'ont pu réaliser : *moralisation et protection du Corps médical.*

Anduse, le 7 novembre 1897.

Dr A. Mazel, Président du Syndicat des Basses-Cévennes.

REPORTAGE MÉDICAL

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. le Docteur Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe, fait, à l'hôpital des Enfants Malades (Pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

Sont admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Chaque élève est exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° I) tous les jours de midi à trois heures.

Les élèves sont classés par séries de 20 et pour une période de un mois (MM. les docteurs en médecine doivent justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité).

— *Service médical de nuit à Paris.* — A la suite d'un nouveau scandale, il vient d'être décidé que si un médecin de nuit en appelle un autre à son aide, ils seront tous deux payés ! Dira-t-on encore que nos édiles ne sont pas généreux ?

— *La responsabilité médicale.* Dans sa séance du 23 novembre dernier, la conférence des avocats a voté presqu'à l'unanimité que le médecin ne pouvait être déclaré responsable à raison d'une imprudence exclusivement imputable à l'homme de l'art.

On dit, d'autre part, que les magistrats de la neuvième chambre, aujourd'hui mieux éclairés, seraient heureux de voir la Cour d'appel acquitter notre confrère Laporte.

— *La loi sur la santé publique.* — Dans sa séance du 16 décembre, le Sénat a adopté un projet de loi sur la santé publique fort dissemblable de celui que lui avait envoyé la Chambre.

La question va donc se trouver reportée devant celle-ci, à moins que ce ne soit devant celle qui lui succédera.

— *Les députés médecins.* — Le Syndicat des médecins de la Seine a émis dans sa dernière réunion le vœu suivant, qui s'adresse à nos confrères du Parlement :

Le Syndicat des médecins de la Seine, réuni en assemblée générale le 28 novembre 1897, émet le vœu que le groupe médical du parlement s'occupe avec plus d'efficacité des lois intéressant la profession commune. Il souhaite que dans la prochaine Chambre des députés les médecins se mettent constamment en rapport avec les syndicats de Paris et de la province, en vue de la défense des intérêts professionnels.

— *Nouveaux journaux.* — *Echo des Hôpitaux*, mensuel, Directeur Dr A. Mesnard ; *Revue générale de Pathologie*, bimensuel, Directeur Dr Courtois-Suffit ; *Journal de Médecine interne*, bimensuel, Directeur Dr Besançon.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.225. — M. le docteur Marchand, des Montils (Loir-et-Cher), membre de l'Association générale des médecins du Loir-et-Cher.

N° 4.226. — M. le docteur Malaviale, du Rouget (Cantal), présenté par M. le Directeur.

N° 4.227. — M. le docteur Dupont, de Villers-Saint-Georges (Seine-et-Marne), membre de l'Association générale des médecins de France.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année | N° 3 | 15 Janvier 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une circulaire qu'on appliquera!

La thèse que le « Concours médical » soutient depuis des années, avec la plus grande énergie, (refus de réduction des honoraires pour soins donnés aux gens aisés qui ont pénétré dans les sociétés de secours mutuels), vient de rencontrer un avocat nouveau dans la personne de M. Barthou, ministre de l'Intérieur.

Rompant avec les traditions de ses prédécesseurs, et particulièrement avec les idées qu'exprimait un jour, en 1893, M. Ch. Dupuy, au sujet de nos rapports avec la mutualité, le ministre actuel demande aux Préfets, par circulaire, *d'avertir les Présidents de Sociétés, qu'il considère nos réclamations comme absolument fondées, et qu'il les engage à ne plus compter les gens aisés comme membres participants.*

Ce langage mérite notre entière approbation. Nous sommes heureux d'avoir contribué à le provoquer, et c'est un succès dont nous avons le droit de nous enorgueillir.

Mais, il importe maintenant de bien s'entendre sur les moyens à employer pour tirer bon parti du secours qui nous arrive.

Nous savons tous la distance qui sépare le vote d'une *loi* de son application ; l'expérience récente, actuelle, pour mieux dire, qui se poursuit au sujet de l'organisation de l'Assistance médicale gratuite, est fort instructive à cet égard. A plus forte raison, et par nombre d'exemples, nous avons appris à ne compter que dans une mesure très limitée, sur les effets des *circulaires* les plus riches en bonnes intentions.

Si donc la question d'application était réservée, dans le cas présent, à MM. les Préfets et à MM. les Présidents des Sociétés de secours mutuels, nous ne serions guère plus tranquilles qu'avant l'intervention ministérielle. La lutte électorale, qui s'ouvre déjà de tous côtés, donnera lieu à tant de compromissions, entre les personnes auxquelles le ministre s'adresse, que nous aurions toutes les chances possibles d'attendre, pendant quelques années, le résultat des bons conseils de M. Barthou.

Mais, c'est à nous surtout qu'il appartient d'assurer l'exécution des volontés de l'Etat-Providence, dans les choses qui nous touchent. C'est à nous qu'il incombe, pour cette fois, en particulier, d'aller trouver les Présidents de sociétés, de leur mettre sous les yeux la circulaire ministérielle, et d'ajouter ceci : « *Nous allons* « *dresser ensemble, Messieurs, la liste des gens aisés* « *qui n'ont pas droit aux bénéfices de la participa-* « *tion. Cette liste une fois dressée, il ne vous restera* « *plus qu'à avertir ceux qui s'y trouvent inscrits,* « *que les médecins, d'accord avec le gouvernement* « *qui vous en a prévenus, leur refusent désormais* « *toute réduction d'honoraires, et les font rentrer,* « *pour l'avenir, dans la règle commune.* »

Bien simple, n'est-ce pas, chers confrères, cette démarche dictée par les vues ministérielles ? Pas long, le discours à tenir ; ultimatum où chacun de nous trouve son bénéfice ; situation tellement nette à établir que, pour s'y refuser, il faudrait bien s'avouer amateur de la pêche en eau trouble.

Donc, nous avons confiance, et nous nous préparons à enregistrer bientôt les preuves éclatantes du service rendu par le Ministre et par nous-mêmes. Ce que firent beaucoup de médecins, sur le simple conseil du « Concours médical », tous peuvent l'obtenir en s'appuyant sur la circulaire.

Et s'il en est *qui* s'*abstiennent*, par *indifférence*, ou par l'éternelle peur de quelqu'ennui, nous avouerons humblement ne pas connaître l'occasion qu'ils attendent pour se faire rendre enfin justice à l'égard des abus de la mutualité.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Pathogénie et traitement de la chorée.

Notre excellent confrère, le Dr *Dresch*, d'Ax, membre du Concours médical, vient de publier, dans le *Journal des Praticiens*, une intéressante étude sur la pathogénie et le traitement de la chorée.

La chorée est, dit-il, une affection « *pararhumatismale* ».

Dans l'ascendance du choréique, on retrouvera, presque toujours, à défaut de l'hérédité franchement arthritique, l'hérédité névropathique, qui confine souvent à la précédente, et suffit à imprimer au système cérébro-spinal, une modalité réactionnelle particulière se traduisant par un pouvoir moindre de l'action inhibitoire.

Rhumatisme, névropathie, arthritisme, neuro-arthritisme, ces mots éveillent aujourd'hui dans *notre esprit bien autre* chose *que* les manifestations extérieures qui impressionnent toujours le malade et encore trop souvent le médecin. Derrière les manifestations périphériques, objectives, les dominant et les précédant, l'observation attentive a révélé des troubles de la nutrition qui commencent à être bien étudiés, et l'on est d'accord pour les considérer comme le premier anneau de la chaîne pathogénique de la diathèse arthritique.

On doit considérer le choréique, ainsi que l'arthritique, comme un *nutritif*, un vicié de la nutrition. A l'âge du choréique, les troubles de la nutrition se manifestent plus souvent qu'à toute autre période de l'existence, soit localisés franchement dans l'appareil digestif, soit réflexes intéressant les autres systèmes. Les fonctions digestives ont l'importance même que lui donne la croissance. Dans un article déjà bien ancien (*Gaz. des hôp.*, 1874) M. Brouardel pressentait le rôle pathogénique que nous attribuons au processus nutritif vicié. Voici ce qu'il écrivait : « La chorée et le rhumatisme ont dans leur pathogénie des liens étroits ; tous deux surviennent quand des désordres graves dans les sécrétions ou une activité nutritive exagérée, pendant la croissance ou la convalescence d'une maladie, *modifient profondément la nutrition générale.* »

M. Dresch considère la chorée comme une réaction particulière d'un trouble nutritif préexistant, ayant amené l'état particulier d'auto-intoxication, si bien nommé *toxinhémie.* « A côté de la chorée, dit-il, nous rangerons la tétanie, voire même l'épilepsie et l'hystérie. La *chorée tardive des gravidiques*, l'éclampsie, sont fonctions de toxines également ; mais la puerpéralité imprime un plus haut degré de gravité, il y a hypertoxinhémie, la *toxinhémie* étant, pour ainsi dire, l'état physiologique de la grossesse, de la puerpéralité et de l'allaitement. La croissance rentre un peu dans cette catégorie d'états, et c'est pour cela que, pendant cette période de l'existence, apparaissent des modalités morbides spéciales : rachitisme, chlorose, épilepsie, goître, hystérie, chorée. Il y a des toxines convulsivantes, comme il y en a de narcotiques (le sommeil a été considéré comme résultat, en même temps que remède d'une toxinhémie physiologique). Il y a des toxines tétanigènes, choréigènes, hystérogènes, etc.

On peut considérer les réactions individuelles et d'ailleurs contingentes comme des moyens d'élimination et par suite d'auto-défense de l'organisme. Elles varient suivant la qualité des toxines et aussi suivant les organes qui leur servent d'accumulateurs. Les localisations peuvent dépendre de l'irritabilité particulière ou de la moindre résistance de nos cellules, de nos appareils anatomiques, des surmenages qu'on leur impose, surmenages qui créent l'imminence morbide et le *locus minoris résistentiæ*. A une *toxinhémie* qui sera presque toujours la même et qui réclamera, pour ainsi dire, un traitement univoque, correspondra une symptomatologie différente autant par la topographie que par la phénoménalité : prurigo, migraine, toxidermies, crises anginiformes et asthmatiformes, topoalgies, meiopragies, anesthésies, hyperesthésies, suractivité et hypertrophies de certaines glandes, certains œdèmes, certains épanchements, certaines fluxions articulaires, comme certains réflexes exagérés ou abolis, plus ou moins fugaces ou persistants, convulsifs, choréiques, hystériques, tétaniques, parésiques.

Après de nouvelles observations, nous pensons que la pathogénie de la chorée réside, beaucoup plutôt dans une auto-intoxication, d'ailleurs variable, et que c'est l'infection qui se surajoute pour brocher sur le tout, produisant ces chorées typhoïdes contre lesquelles tous les traitements risquent d'échouer. Si l'origine de la toxinhémie se trouve, presqu'uniquement, dans une viciation de la nutrition, nous ne sommes pas éloignés de croire que le *primum movens choréigène* peut être multiple et nous avons de bonnes raisons de croire qu'il existe une chorée, d'origine *basedowienne*, par hyperthyroïdisation. La chlorose est également un facteur important dans la production de la chorée, et l'on sait que la tendance actuelle, d'ailleurs rationnelle, est de considérer la chlorose et aussi l'hystérie, comme une auto-intoxication, à point de départ également variable : appareil génital, digestif ou glandulaire. »

De plus, les récents travaux de M. le Dr Babeau, de Montpellier, démontrent au point de vue urologique que le choréique est un hyperazoturique et un hyperphosphaturique, et cela dans un rapport constant, tel qu'il a été admis par Yvon et signalé par Tanret. Voilà le fait à retenir. L'acide phosphorique uni aux alcalins terreux est augmenté comme celui uni aux alcalins. Celui-ci est l'expression du surmenage musculaire comme le premier l'est de la suractivité nerveuse. L'azote total de l'urine, *représenté presque complètement par l'urée*, témoigne, dans certains cas, d'une activité vraiment énorme des oxydations. Dans une chorée intense, l'analyse a révélé, chez une enfant de 11 ans, jusqu'à 39 grammes par litre, au lieu de 10 à 12, chiffre normal à cet âge. Le surmenage musculaire entraîne

l'autophagie et l'amaigrissement rapide du choréique.

Voici la conclusion du travail de M. Babeau : *La chorée est caractérisée par la suractivité de la nutrition générale, marquée surtout par une exagération de la désassimilation.*

Cette suractivité est une réaction d'un organisme à nutrition habituellement viciée et dont un certain degré de *toxinhémie* constitue, pour ainsi dire, l'état physiologique, la croissance et la puerpéralité étant d'ailleurs des facteurs très importants d'imminence morbide.

Au point de vue thérapeutique M. le Dr Dresch combat le traitement de la chorée par la strychnine (Trousseau), par les fortes doses d'acide arsénieux (Comby) et par l'antipyrine (Legroux).

Son traitement préféré est l'administration du salicylate de soude.

La médication salicylée, appliquée au traitement de la chorée et principalement le salicylate de soude, présente plusieurs avantages. Le salicylate exerce une action modératrice sur la substance grise centrale du bulbe et de la moelle (Vulpian). Cette action atteint autant la motricité que la sensibilité, et à ce point de vue spécial, son efficacité dans la chorée s'explique autant que celle de l'antipyrine par exemple. Mais ceci n'est qu'un des moindres côtés de l'action du salicylate, car le côté pathogénique de la maladie ne serait pas atteint. Modérer l'irritabilité du système nerveux exaltée par les toxines, c'est bien ; mais réduire la production des toxines réflexogènes, modifier leur qualité, rendre plus rapide leur élimination par les voies normales, c'est mieux. Les travaux de Robin et de bien d'autres ont démontré que le salicylate augmente l'élimination des déchets organiques. Le salicylate partage avec l'acide benzoïque et ses dérivés le grand avantage d'être des médicaments solubilisants. Il ouvre le rein et, avantage qui n'est pas moindre, il est le meilleur des cholagogues.

L'action des salicylés sur le foie a une portée d'autant plus étendue que l'on commence à débrouiller la grande importance du foie, comme organe de défense de l'organisme, et aussi comme *nosogène : Vena porta, porta malorum*, disaient les anciens. L'importance du foie, antiseptique ou infectieux, se surajoute à celle prise, depuis longtemps, par l'estomac, centre réflexogène par excellence.

Administré dans l'eau de Vichy, aromatisé au goût des malades, le salicytate de soude combiné au régime du lait, constitue un des meilleurs agents de saturation des acides de nouvelle formation, comme des acides préexistants. En outre, il s'adresse à l'hyperchlorhydrie, et, vasodilatateur, il modère l'hypertension vasculaire résultant d'une exagération de mouvements. Tout cela est suffisant pour justifier l'emploi d'une médication, dans laquelle il ne faut pas du reste négliger les accessoires indiqués plus haut. C'est sans doute, pour n'avoir pas tenu compte de ce complément dans le traitement de la chorée, que certains médecins n'ont pas obtenu un effet assez sensible du seul salicylate.

Dans certaines chorées intenses, il est évident qu'à titre temporaire, quelques autres agents peuvent et doivent être employés. On s'est souvent bien trouvé de la *belladone* en particulier. Stoll en avait autrefois recommandé l'emploi, à doses modérées, combiné au camphre et au castoreum. C'était une bonne pratique. Le professeur Pierret, de Lyon, a parfaitement établi que la belladone est un bon régulateur des décharges nerveuses, qu'elles soient provoquées par l'épilepsie ou par la chorée.

Il est clair que s'il faut assurer un certain repos aux choréiques qui n'en ont pas, il est très dangereux de tenir, comme on l'a fait, les jeunes malades constamment sous l'action du *bromure*, du *chloral* ou de la *morphine*, sous le fallacieux prétexte que le sommeil arrête les mouvements choréiques. A titre temporaire, et seulement dans l'hyperchorée, ces moyens peuvent être employés. Mais, nous persistons à considérer le traitement exclusif de la chorée par le bromure ou le chloral comme aussi dangereux que celui par l'antipyrine, l'arsenic ou la strychnine.

En résumé, si le salicylate n'était pas toléré chez les enfants, ce qui est exceptionnel, il vaudrait mieux préférer, si l'antisepsie des voies digestives ne suffisait pas, le traitement de Gillette, par l'*émétique* ; seulement, en modérant les doses. Ce traitement, qui a donné des cures rapides, opérait parce qu'il coupait merveilleusement les vivres à la toxinhémie et à la réflectivité excessive des centres nerveux.

Diagnostic de la laryngite tuberculeuse.

D'après M. le Dr *Castex*, de Paris, dans la *Tribune médicale*, certains symptômes doivent rendre une laryngite suspecte ; ce sont :

a) Les catarrhes récidivants, revenant chaque hiver, si surtout coexistent des antécédents héréditaires, de pleurésie, etc.

b) La rayure et la tuméfaction persistantes de la région aryténoïdienne. Dans ce cas, les cartilages de Wrisberg et de Santorini, au lieu de rester distincts, forment une seule saillie rose ou rouge ; de plus, le voile du palais, le pharynx sont souvent pâles, anémiés.

c) Les dysphonies prémonitoires, sans cause apparente. Une jeune fille, par exemple, s'enroue tout à coup, devient même aphone, puis la voix revient, pour s'enrouer de nouveau.

d) L'enrouement rapide dans l'exercice du chant ou de la parole. Ces voix ne tiennent pas, n'ont aucune endurance ; mises au repos elles recouvrent leurs qualités, pour les perdre dès que le malade veut travailler. Vous agirez prudemment en conseillant à ces malades l'abandon des professions de chant ou de parole.

e) Les douleurs du larynx. Ces sensations pénibles consistent parfois, chez les jeunes femmes, en une sensation de boule, rappelant celle de la boule hystérique.

Les diverses laryngopathies que l'on peut confondre avec la tuberculose du larynx, n'ont pas toutes une égale importance au point de vue du diagnostic. Il en est qui se présentent plus ou moins fréquemment en pratique : ainsi la syphilis, les laryngites chroniques.

Dans une deuxième catégorie, nous rangerons, au contraire, les laryngopathies, faciles à différencier, ou dont le diagnostic se présente rarement, tels les polypes du larynx, les tumeurs, les œdèmes aigus ou chroniques, la lèpre, le laryngosclérome, les paralysies.

« Le diagnostic est particulièrement épineux entre la tuberculose et la syphilis laryngées; de plus, il se présente très souvent en clinique. La syphilis à la période secondaire se reconnaît à la coloration carminée, jambonnée de l'érythème, envahissant toute la muqueuse laryngée. En même temps, on constate les plaques muqueuses de la gorge ; on peut tâter le pouls de la vérole, selon l'expression de Ricord, en palpant les adénopathies cervicales.

« Les lésions de la syphilis tertiaire sont plus difficiles à différencier ; vous trouverez une ulcération unique, entourée d'un halo rouge, à évolution rapide, devenant en 8 à 10 jours profonde. L'ulcération tuberculeuse est souvent multiple, superficielle, à progrès lents. L. Blowne résume en un mot cette différence d'allure:« La syphilis mord, dit-il, la tuberculose ronge. » De plus, la syphilis aime l'épiglotte, la perfore et même la détruit ; elle se cantonne volontiers à la partie antérieure du larynx, sur la face linguale de l'épiglotte, elle marche de haut en bas. La tuberculose préfère la région aryténoïdienne, et souvent se cache dans le larynx, au voisinage des cordes vocales.

« Si la lésion pharyngée ne porte pas son diagnostic, aidez-vous de l'état général du malade, cherchez s'il n'existe aucun antécédent ou signe actuel, soit de syphilis, soit de bacillose. Vous pourrez, en cas de doute, instituer le traitement spécifique, mais faites-le avec prudence et ménagement. Si, après une vingtaine de jours, la lésion ne s'améliore pas, cessez-le ; continuée plus longtemps, cette épreuve pourrait aggraver la laryngite dans le cas de tuberculose. On tend à préférer à ce traitement, dit « pierre de touche », l'examen bactérioscopique des produits obtenus par raclage ou par excision.

« Le diagnostic est encore compliqué par l'existence de cas hybrides ; syphilis et tuberculose peuvent s'associer pour léser le larynx. Schnitzler, Cardone, Grunwald, Lud, Posano, ont signalé de ces cas hybrides. L'association est surtout fréquente au niveau de l'épiglotte. Dubief a fait l'examen histologique de plusieurs cas, et a toujours trouvé les bacilles très superficiels ; il s'agirait donc d'ulcères syphilitiques qui se tuberculisent à la fin. Disons en passant que, de même qu'avec la syphilis, la tuberculose peut s'associer avec le nervosisme ; les symptômes sont alors très marqués.

« Les laryngites chroniques, ou pachydermies simples, alcooliques sont faciles à différencier. La maladie est très ancienne, la rougeur est diffuse, étendue à tout le larynx, aucun point n'est tuméfié. Cette laryngite simple peut-elle s'accompagner d'ulcérations ? La question n'est pas encore complètement résolue, et, en tout cas, les petites érosions qui peuvent exister au cours de la laryngite chronique simple sont bien rares, et vous ne devez pas en tenir compte dans les cas courants.

« Il est une forme de laryngite chronique qui souvent est prise pour de la tuberculose, je veux parler des *nodules des cordes vocales*. Vous connaissez ces saillies blanches, coniques, siégeant sur le bord libre des cordes vocales, à l'union du tiers intérieur avec le tiers moyen ; vous les avez vus surtout chez les individus obligés par leur profession de faire un usage exagéré de la voix parlée ou chantée. Vous rappelant ces caractères, vous ne les prendrez pas pour une tuberculose à début nodulaire ; dans ce cas, la saillie est rosée, arrondie, elle siège tout à fait à la partie antérieure de la corde, celle-ci n'est plus d'un blanc éclatant, mais rosée.

« Avec le lupus, le diagnostic est facile. On voit sur l'épiglotte et ses replis des ulcérations grenues, à fond rouge ; à côté, on trouve des cicatrices plus ou moins irrégulières, rougeâtres ou blanchâtres. Au besoin, l'examen histologique permettra de trancher le diagnostic. Le lupus du larynx est rarement primitif, il succède le plus souvent à une lésion cutanée. Garel — Soc. fr. de Laryngol., 1893 — ne trouve dans la science que 7 cas de lupus ayant débuté par le larynx.

» Dans les tumeurs malignes, la douleur est beaucoup plus vive, l'haleine est fétide ; la tumeur se présente sous forme d'une saillie rouge sombre, ou encore de végétations, de verrues ; caractère important, le néoplasme est unilatéral, les cas d'hémiphynie sont jusqu'à présent très rares. L'adénopathie est trop tardive dans le cancer pour servir au diagnostic. Enfin le cancer se rencontre à un âge avancé. Gouguenheim et Cohn (*Annales de laryngologie*, 1885) ont rapporté un cas de tuberculose de l'épiglotte simulant l'épithélioma.

» Les polypes ne ressemblent que peu aux lésions bacillaires, ce sont des tumeurs circonscrites, pédiculées, uniques. Cependant le diagnostic avec certaines formes de tuberculose laryngée peut devenir délicat ; je fais allusion à ces cas de pseudo-papillomes et pseudo-fibromes tuberculeux signalés par Avellis.

« Rarement vous aurez à faire le diagnostic avec l'herpès, les œdèmes aigus ou chroniques du larynx ; ceux-ci sont le plus souvent symptomatiques d'une lésion laryngée.

Exceptionnellement les lésions herpétiques, vésicules ou ulcérations, ont été prises pour les granulations grises, puis jaunes, les petites ulcérations cupuliformes, arrondies de la tuberculose miliaire aiguë. La lèpre du larynx s'accompagne de tubercules dans la bouche ; le larynx est épaissi et rouge (Simanowsky).

« Le laryngosclérome n'existe que sur les rives du Danube et dans l'Amérique du Sud ; toute la muqueuse laryngée est épaissie, le nez est le plus souvent atteint en même temps de rhinosclérome.

» En terminant cette revue des divers problèmes que vous aurez à résoudre, je vous rappellerai que vous ne devez jamais écarter d'emblée l'hypothèse de tuberculose en face d'une lésion laryngée. En effet, beaucoup de laryngopathies finissent par se tuberculiser ; sur le tard la tuberculose peut venir se greffer sur une laryngite jusque-là simple. Vous rappelant cette complication possible, vous apporterez la plus grande réserve dans votre diagnostic.

« Mais le malade ne vous tiendra pas quitte pour l'avoir examiné au laryngoscope ; immédiatement, il vous demandera si c'est grave, quel temps s'écoulera avant sa guérison ? Devez-vous lui révéler la gravité de son état, car une laryngite tuberculeuse est une maladie très grave, toujours longue, menaçant même l'existence par ses lésions propres, et surtout par les lésions pulmonaires qui existent presque toujours. Rassurez plutôt votre client, et

obtenez sa confiance, en lui affirmant que sa maladie est curable, mais hâtez-vous d'ajouter : après de longs mois de traitement. En promettant ainsi la guérison à votre malade, vous êtes dans la vérité : la laryngite tuberculeuse est curable, l'Ecole de Vienne, Krauss, Hering les premiers l'ont montré. Un fait aggrave le pronostic : la possibilité des récidives.

La tuberculose laryngée est curable, mais il faut distinguer ; il est des cas favorables, et des mauvais cas ; comment les reconnaîtrez-vous ?

Vous aurez bon espoir, en présence de lésions limitées, abritées (bande ventriculaire) ; les cordes, l'épiglotte sont des régions dangereuses ; quand le processus est lent, apyrétique, torpide ; lorsque surtout les poumons sont bons. Le larynx a beau guérir, les lésions pulmonaires marchent, et l'on peut voir à l'autopsie des tuberculeux pulmonaires guéris du larynx.

Le pronostic sera mauvais, en cas de lésions diffuses, découvertes, siégeant sur les cordes, sans cesse en activité, sur l'épiglotte touchée à chaque instant par les aliments, quand l'évolution est rapide, accompagnée de douleurs ; surtout quand les poumons sont atteints.

On peut donc dire que le diagnostic d'une tuberculose laryngée est au larynx, le pronostic est aux poumons.

TRAVAUX ORIGINAUX

Kneipp et sa méthode

par M. le Dr Audollent. (*Suite.*) (1).

§ V

PRINCIPES DE THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE. — DÉFINITION.

Ces notions de physiologie et de pathogénie étant bien établies, quelle doit être, en toute logique, notre mode d'action thérapeutique, quels effets principaux, quels résultats secondaires devons-nous chercher à atteindre pour guérir nos malades ?

Aucun doute, aucune hésitation ne saurait exister ; notre double but immédiat doit être :

1° De *rétablir l'équilibre* dans la somme et la répartition proportionnelle du fluide vital, et, par suite, dans les fonctions circulatoires et autres.

2° *Eliminer les principes morbides*, quels qu'ils soient, d'origine intrinsèque ou extrinsèque.

Or, lisez les ouvrages de Kneipp. Qu'y trouvez-vous constamment répété ? Voyez, par exemple, dès le début de son premier livre : « Ma Cure d'Eau », page 10 :

« L'œuvre de la guérison doit avoir un double « but : d'une part rendre à la circulation du « sang son mouvement normal et régulier, d'au- « tre part dégager le sang de tous les mauvais « éléments qui l'altèrent et le corrompent. » Et plus bas, page 11, il répète encore que toutes les applications d'eau de sa méthode (employées judicieusement, cela va sans dire) ont pour effet :

« 1° de résoudre les principes morbifiques du sang ;

« 2° d'éliminer ce qui a été résous ;

« 3° de rendre une circulation régulière au sang ainsi purifié ;

« 4° de fortifier enfin et de raviver l'organisme affaibli », et plus loin il ajoute : « d'endurcir l'organisme et de le prémunir contre les maladies à venir ». Ces deux derniers effets, *tonifier* et *endurcir*, sont le résultat du bon fonctionnement de l'organisme, soit rétabli, soit maintenu. Ils sont la conséquence des deux précédents et d'ailleurs on les obtient aisément en suivant les règles si sages de l'*Hygiène* édictée par Kneipp.

Mais ne constatez-vous pas déjà, mes chers confrères, que, si Kneipp n'a point étudié la médecine, s'il n'a pas compris et formulé la base générale éminemment scientifique de sa méthode, si ses livres ont une allure familière et naïve, au lieu d'une forme savante, du moins ils sont empreints d'un sens médical véritable et profond, que Kneipp, en un mot, a eu l'intuition pratique de cette thérapeutique, dont nous sommes fier d'avoir trouvé la véritable formule scientifique, en l'expérimentant sur nous-même et sur des centaines de malades.

Reprenons donc la suite de nos déductions précédentes. Nous venons d'établir nettement le double but que doit poursuivre toute thérapeutique logique et rationnelle. Voyons maintenant si notre méthode nous fournit des agents et des moyens suffisants pour atteindre ce but. Il serait utile de faire ici des comparaisons et de passer en revue les différents systèmes de thérapeutique, si nombreux d'ailleurs, et notamment ce que l'on appelle la *Thérapeutique classique*, afin d'examiner en conscience jusqu'à quel point ils répondent à nos desiderata, et si, par hasard, l'*Empirisme*, ce mot que l'on prononce si dédaigneusement à la Faculté, n'y règne pas en maître, davantage peut-être que partout ailleurs, sans que l'on puisse découvrir à cette thérapeutique classique un principe général, fondamental, comparable à celui que nous venons d'exposer. Et si l'on pouvait reprocher à Kneipp de l'anathématiser sans la connaître, nous en parlons, nous du moins, en connaissance de cause, l'ayant pratiquée, comme vous, chers confrères, pendant plusieurs années, avant d'appliquer, à Cauterets, l'Hydrothérapie thermominérale, qui a été notre chemin de Damas vers la méthode Kneipp. Toutefois, voulant raccourcir le plus possible ce simple résumé de notre méthode et n'ayant pas l'intention de faire le procès des autres, mais de démontrer rapidement la valeur scientifique et pratique de nos procédés, nous nous abstiendrons de cette critique et de ces comparaisons.

(1) Nos corrections étant parvenues trop tard à l'imprimeur, deux phrases qui dénaturent considérablement notre pensée, doivent être modifiées ainsi qu'il suit dans le commencement de notre étude, paru au dernier numéro du *Concours Médical* :

1° p. 17, § III FLUIDE VITAL, 10e ligne, lisez :

« L'important, c'est l'existence de ce fluide, modalité physiologique du *fluide cosmique* (qu'on nous permette cette dénomination) dont l'électricité, la chaleur, la lumière, etc., ne sont que des manifestations physiques variées. Ce fluide...... »

2° p. 18, 2e colonne, 29e ligne, lisez :

« Ils nous exposent d'une part à l'action des agents atmosphériques, qui peuvent nous devenir nuisibles lorsque l'équilibre est rompu entre leur état fluidique et le nôtre, d'autre part.... »

La méthode Kneipp peut être définie : « *Un ensemble d'applications d'eau très variées, soit chaudes, soit le plus souvent froides, dont l'emploi judicieux, alternatif et logiquement diversifié, a pour but de maintenir ou de rétablir l'équilibre dans le fonctionnement de notre organisme.* »

§ VI

Action de l'eau sur l'organisme. — Lotions.

Voyons donc, puisque c'est l'*Eau* que nous employons, comment l'eau, par la *variété de ses applications*, peut remplir nos desiderata, *rétablir l'équilibre* dans la somme et la répartition de notre *fluide vital* et *éliminer* les principes morbides (l'élimination étant l'accompagnement indispensable de l'équilibre vital, nous avons jugé inutile de la mentionner dans notre définition).

Nos expériences sur nous-même et sur nos malades, nos observations, depuis bientôt trois ans, nous ont convaincu de cette propriété de l'*Eau* et ce sont elles qui nous ont amené, par la force de la logique, à formuler toute la théorie que nous vous exposons. Sans parler des recherches biométriques de notre confrère le Dr Baraduc, celles de M. de Puyfontaine, faites au moyen d'un galvanomètre excessivement précis (30.000 et même 80.000 mètres de fil d'argent sur la bobine) construit tout spécialement pour les études de ce savant, sur le *fluide magnétique*, ont non seulement apporté une preuve nouvelle, matérielle et indéniable à l'existence et aux émanations de ce fluide, mais ont confirmé également nos assertions au sujet de sa transmission spéciale par les agents atmosphériques et *notamment par l'eau*.

Nous publierons prochainement nos propres observations sur l'action particulière de l'eau vis-à-vis de notre fluide vital, lorsqu'une série d'expériences, actuellement entreprises, sera terminée. Mais ce qui en résulte, ce que nous pouvons affirmer formellement, ce que le moindre examen impose à notre esprit, comme l'explication absolument naturelle des succès thérapeutiques que nous observons, c'est que l'eau froide s'empare de ce fluide à la périphérie de notre corps, l'absorbe et l'entraîne. La chaleur animale n'étant d'ailleurs qu'une des manifestations, une des modalités de ce fluide vital, l'échange de calorique qui s'opère à notre surface cutanée, entre cette surface et l'eau plus froide, ou plus chaude que l'on y applique, enlève ou communique à l'organisme une quantité de calorique, ou mieux de fluide, proportionnelle à la différence de température initiale entre l'eau et le lieu d'application. Prenons le cas le plus fréquent, celui où l'eau employée est plus froide que la surface qu'elle touche. L'eau s'empare donc, sur chaque point du contact, d'une proportion du fluide plus ou moins considérable, suivant la richesse et la puissance d'émanations fluidiques actuelles de l'organisme. Cette soustraction du fluide appelle immédiatement une nouvelle quantité, qui vient remplacer celle absorbée par l'eau, et cet appel excitera évidemment les émanations fluidiques pendant un temps variable, même si l'eau ne reste pas en contact prolongé et n'a fait qu'humecter la peau. Les phénomènes de suractivité circulatoire qui s'en suivront (excitation des extrémités vasomotrices, contractions, puis dilatation des capillaires et ensuite des autres vaisseaux, reflux, puis retour plus énergique du courant sanguin, répercussion sur la circulation interne et générale, phénomènes réflexes divers, etc., le tout proportionné à la puissance d'action initiale) constituent ce que l'on nomme la *Réaction* ; mais nous ne pouvons que mentionner cette remarque en ce moment, pour ne pas interrompre notre démonstration. *Ces émanations, et, par conséquent, cette réaction se continueront avec une activité et une durée d'autant plus grandes que l'on évitera d'essuyer la surface mouillée.* Si vous essuyez, vous interrompez plus ou moins cet appel de fluide à la périphérie. Si vous frictionnez *après* une application d'eau, vous produisez assurément une excitation, mais une excitation d'une toute autre nature, une excitation relativement violente, qui arrête et entrave l'excitation douce, naturelle, régulière, qui accompagne nécessairement la réaction due à l'emploi judicieux de l'eau.

Ainsi se trouvent démontrés d'une part le mode d'action des diverses *Lotions*, d'autre part la sagesse du précepte de Kneipp de « *ne pas s'essuyer* », de ne pas frictionner *après* les applications d'eau. Notez que nous ne venons certes pas nier l'utilité des frictions et du massage qui peuvent rendre, à d'autres moments, de signalés services. La friction est d'ailleurs utilisée dans certains cas, *avant* l'application d'eau, comme exercice préparatoire, pour faciliter la réaction qui s'en suivra. L'eau vient alors compenser l'effet trop brutal de la friction.

Nous ne pouvons évidemment nous étendre ici sur la technique des modes si multiples d'application de l'Eau ; un petit manuel, que nous préparons en ce moment, ne tardera pas à paraître et nous y renvoyons nos Confrères désireux de mettre notre méthode en pratique. Nous sommes d'ailleurs à la disposition de tous pour les indications que l'on voudrait nous demander. Notre but n'est pas de chercher à monopoliser la méthode Kneipp, mais au contraire de la faire connaître, telle qu'elle est, au corps médical, et de la voir entrer dans la pratique courante de tous nos confrères. Absolument limité aujourd'hui, nous ne pouvons qu'exposer rapidement la théorie. Encore est-il nécessaire, pour cela, qu'après avoir indiqué le mode d'action *des Lotions*, applications les plus simples, nous expliquions ce qui se passe entre l'organisme et l'eau dans l'emploi des autres procédés principaux, tels que *Bains*, *Affusions*, *Douches*, *Compresses*, *Maillots*, *Bains de vapeur*, etc.

§ VII

Bains froids. — Marche dans l'eau, etc.

Si l'eau, au lieu d'effleurer simplement la périphérie, d'une façon presque instantanée, comme dans des Lotions, environne abondamment soit une partie, soit la totalité du corps, comme dans les *bains*, *demi-bains*, etc. (nous ne parlons ici que des bains froids, qui d'ailleurs ne doivent durer habituellement que quelques secondes), la soustraction du calorique et du fluide, par conséquent l'appel de ce dernier, ses émanations à la surface cutanée et la réaction qui s'en suit, seront d'autant plus considérables. L'action des bains, en comparaison de celle des Lotions, n'est donc qu'une question du plus au

moins, proportionnelle à la quantité d'eau et à la durée du contact.

A propos des Bains, disons deux mots de la *marche dans l'eau*, que le vulgaire considère comme le grand moyen, le seul peut-être, de la méthode Kneipp. Toute cette étude vous montre la valeur d'une semblable opinion ! La marche dans l'eau est en somme un bain local des pieds, auquel s'ajoute le double stimulant opéré par le mouvement du corps et notamment des pieds, joint au léger frottement et au renouvellement de l'eau pendant la marche. Nous devons être juste à son égard en disant que, si elle est certainement loin de constituer la pierre angulaire de la méthode, elle rend à coup sûr, alternée avec d'autres applications, les plus signalés services. La *Marche sur des dalles mouillées* et la *Marche dans l'herbe humide* sont d'excellents diminutifs. La *Marche dans la neige*, l'hiver, est plus active, mais ne doit être que de très courte durée et employée prudemment, dans certaines conditions déterminées.

§ VIII

Affusions.

Si l'effet des bains est de même nature, mais plus intense que celui des lotions, il n'en est plus ainsi lorsque nous abordons l'étude des *Affusions*. Comme leur nom l'indique (*affundere*, verser), ces dernières consistent à faire couler le plus régulièrement possible, pendant un temps variable, un courant d'eau d'un volume suffisant et constant sur l'une ou l'autre partie du corps, ou sur la totalité. Les variétés d'affusions sont nombreuses : Affusion totale, supérieure, inférieure, dorsale, pectorale, des genoux, des bras, de la tête, etc. Quel est donc le mode d'action curative de ce courant d'eau versé d'une façon continue pendant une durée déterminée ? En chaque point de la surface cutanée où l'eau est appliquée, elle absorbe dès l'abord, de même que dans les Lotions et les Bains, une certaine quantité de fluide vital ; mais, comme l'action se prolonge, se reproduit sans interruption et que, par l'écoulement, l'eau, sans cesse renouvelée en ce point, se chargera continuellement d'une nouvelle quantité de fluide, il s'y établit, pendant toute la durée de l'Affusion, un courant de ce fluide allant de l'intérieur à l'extérieur de l'organisme et constamment absorbé par l'eau de l'Affusion ; et ce courant se répète, bien entendu, sur tous les points touchés par l'Affusion. Il ressort de là : 1° que la somme du fluide entraîné par une Affusion est beaucoup plus considérable que celle d'une Lotion et d'un Bain ; 2° que, par conséquent, les Affusions sont des applications d'un effet bien différent des précédentes et exigent dans leur emploi, leur réaction, etc., encore plus de soins et de surveillance ; 3° que plus l'Affusion correspondra à une région étendue du corps, plus ses effets seront considérables ; 4° que ce mode d'emploi de l'eau, méthodiquement utilisé, est un moyen d'une puissance incroyable pour opérer la dérivation et dégager rapidement une région de l'organisme où le fluide vital s'est trop accumulé et a souvent, en conséquence, déterminé un trop fort afflux circulatoire. Mais la pratique nous montre qu'il ne convient pas en général aux affections aiguës, tandis qu'il doit presque toujours dominer dans le traitement des maladies chroniques.

§ IX

Douches.

Nous devons parler ici de la douche à pression, la douche classique en jet plein ou brisé à des degrés divers. Kneipp, dans un langage pittoresque, la nomme : *Douche fulgurante* ; il conseille de ne l'employer qu'au moyen d'une lance à l'orifice très étroit et en général avec une assez forte pression, de telle sorte qu'elle pique, elle fouette énergiquement, elle fulgure, pour employer son mot imagé. L'effet de cette douche est complexe et moins nettement déterminé que celui des applications que nous venons d'étudier. Il tient à la fois du mode d'action des lotions, en tant que la peau est humectée et que des effluves fluidiques sont ainsi appelées à la périphérie, puis un peu aussi des affusions, étant donné la quantité d'eau, très minime toutefois, qui s'écoule le long du corps, tandis que la plus grande partie rejaillit ; enfin la percussion multiplie considérablement par son action puissante et fortement excitante les résultats déterminés par la simple présence et le léger écoulement de l'eau à la surface du corps. C'est, si l'on veut, une sorte de massage ou plus exactement de fouet donné par l'eau elle-même.

On en ressent, en général, comme effet immédiat, une forte excitation et comme un remontement des forces, de l'énergie organique, suivi toutefois assez fréquemment d'une dépression d'intensité variable. Aussi doit-elle être toujours assez courte et ne faut-il pas en abuser. C'est pour nous une application relativement moins fréquente que les autres et dont l'hydrothérapie ordinaire fait, à notre avis, un grand abus.

§ X

Maillots et compresses. — Élimination.

Passons maintenant aux *maillots* ou *emmaillottements* auxquels nous rattachons les *compresses*, qui ont les mêmes propriétés plus localisées. Inutile de répéter que, suivant leur étendue, nous admettons un grand nombre de maillots différents, depuis le maillot total (le *manteau espagnol* de Kneipp) jusqu'aux *maillots des pieds*, jusqu'à la simple petite *compresse* appliquée sur telle ou telle partie du corps, en passant par le *châle*, le *maillot en ceinture*, le *demi-maillot*, le *maillot inférieur* etc. Ces maillots sont employés tantôt chauds, tantôt froids ; la durée de leur application peut varier beaucoup ; on peut les renouveler successivement à des intervalles plus ou moins rapprochés, etc. Tout cela constitue des variétés fort nombreuses, permettant à celui qui sait en faire un judicieux usage d'obtenir les résultats les plus divers et les plus puissants.

C'est surtout dans cette portion de l'arsenal Kneippiste qu'ont puisé certains médecins. Ils ont entendu parler des merveilleux effets, souvent très rapides, produits par l'emploi des maillots, particulièrement dans les maladies aiguës, pneumonie broncho-pneumonie, pleurésie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole, diphtérie, péritonite, typhlite, intoxication urémique, fièvres paludéennes, etc., etc. (nous pouvons citer des faits de guérisons promptes et vrai-

ment remarquables, dans toutes ces affections grâce à l'usage des applications d'eau, au milieu desquelles les divers genres de maillots tiennent une place importante). (L'auteur revendique ici, pour Kneipp, le mérite des variétés d'application des maillots. Il se met à la disposition de nos lecteurs, pour leur faciliter l'emploi de la méthode Kneipp.)

Mais revenons à nos *Maillots*. Nous avons à l'instant prononcé de nouveau de mot *d'élimination* ; eh bien ! c'est là le grand rôle, tout au moins le rôle principal des emmaillotements et compresses. Certainement toutes les applications d'eau favorisent les éliminations : d'abord les éliminations cutanées, par suite de l'excitation périphérique nerveuse et circulatoire, déterminant la sur activité des glandes diverses de la peau la constriction d'abord, ensuite la dilatation des pores, etc ; puis, par contrecoup, par réaction secondaire interne, les éliminations sur les muqueuses urinaires, digestive et respiratoire, muqueuses que l'on doit considérer, nous le savons tous, comme la peau interne, ainsi que le prouve d'ailleurs l'embryogénie. Mais cette élimination n'est que bien faible comparée à l'élimination énorme, inouïe et très rapide obtenue, dans les cas les plus divers, par celui qui sait se servir des maillots.

D'ailleurs, l'élimination n'est pas le seul effet curatif qu'ils peuvent produire. Lorsque vous appliquez un maillot froid sur une partie quelconque du corps, la première action, comme *celle de toute application froide*, est, nous l'avons dit, d'absorber du fluide, du calorique (ce qui est tout un). Si donc vous désirez avoir une action antithermique, antiphlogistique, calmante par conséquent, n'attendez pas que votre maillot s'échauffe sensiblement, renouvelez-le plus ou moins fréquemment suivant les indications.

Si vous le laissez devenir chaud, grâce au calorique pris à l'organisme, qu'arrive-t-il alors ? Ce maillot, d'abord froid, sédatif, antithermique, prend les propriétés excitantes, thermogéniques et éliminatrices du maillot que l'on aurait appliqué chaud d'emblée ; et nous pouvons étudier ensemble les propriétés dès lors communes de l'un et de l'autre. N'oublions pas de dire qu'il est très important de recouvrir tous ces maillots, non pas de taffetas et autres étoffes imperméables (taffetas, etc., empêchant trop radicalement tout échange fluidique avec l'extérieur, toute évaporation), mais d'une épaisseur suffisante de laine, flanelle, etc., qui, sans entraver d'une façon absolue les échanges et les émanations indispensables, qui établissent comme une sorte de tirage nécessaire, empêchera néanmoins le contact direct de l'air, le refroidissement, l'évaporation sensible.

Ainsi suffisamment calfeutré, le maillot accumule de plus en plus le calorique de l'organisme, augmenté de celui qu'il a lui-même fourni dès le début quand il a été appliqué chaud. Il dilate alors fortement les pores, il active les fonctions des glandes cutanées, il appelle de plus en plus le sang à la surface et exagère la circulation capillaire en stimulant, en irritant, en exaspérant les terminaisons nerveuses et les nerfs vaso-moteurs surchargés d'une somme de fluide d'autant plus forte que ce fluide, sans cesse appelé, n'étant plus entraîné par un courant d'eau, comme dans les affusions, et ne pouvant davantage, ainsi clos par le maillot, s'épandre librement dans l'atmosphère, s'accumule alors de plus en plus à la surface et dans l'épaisseur des parois de la région emmaillotée.

Cette suractivité circulatoire apporte sans cesse, avec le torrent sanguin, les principes morbides dont est chargée la région sous-jacente et bientôt ceux des régions plus éloignées du corps ; les fonctions naturelles, normales d'élimination de la peau, ce grand exutoire de notre organisme, sont alors portées à leur maximum, c'est-à-dire à un degré que l'on est loin de soupçonner, et nous débarrassent parfois avec une rapidité incroyable des poisons organiques et de toute nature qui nous encombrent.

Il faut avoir étudié et pratiqué les emmaillotements, comme nous l'avons fait, avoir observé les maillots eux-mêmes et l'état comparatif du malade avant et après l'application pour se comprendre ce que peut être la puissance de ce mode d'élimination. Notez bien qu'il n'est pas utile pour cela d'arriver à la transpiration ; notre règle, à part exceptions, est même d'arrêter l'action du maillot si la transpiration survient, ce qui est rare d'ailleurs, pourvu que l'application ait été faite suivant ces principes.

Très souvent le maillot lui-même nous donne immédiatement des preuves matérielles de l'énorme élimination qu'il a entraînée. Ainsi, appliquez sur une peau propre, un maillot de toile propre, trempé dans de l'eau propre ; lorsqu'après un séjour suffisant sur le patient, vous le retirez, sentez-le d'abord et souvent vous constaterez une odeur assez forte et nauséeuse ; lavez-le dans de l'eau bien pure ; il salira parfois cette eau à tel point que l'on croirait qu'elle a servi à lessiver, passez-nous la comparaison, un carreau de cuisine chargé d'une boue grasse ; on voit même, dans certains cas, l'eau se recouvrir d'une substance mousseuse. Il est bien entendu que l'on ne recueillera ces observations que si la personne, à laquelle on a appliqué le maillot, avait nu réel besoin de forte élimination. Ces produits demandent évidemment à être analysés, étudiés sérieusement et nous pouvons dire dès à présent que M. le docteur Charrin a bien voulu mettre son laboratoire à notre disposition pour une série d'examens et d'expériences que nous avons cru devoir entreprendre à ce sujet. Nous en publierons les résultats en temps convenable.

Que n'aurions-nous pas à dire sur cette question primordiale en thérapeutique, de la *Résolution* et de l'*Elimination*, à laquelle se rattache la théorie si ancienne et si vraie des *Exutoires*, ces processus naturels de guérison que naguère on affectait de méconnaître. C'est par elle que s'expliquent ce que l'on a nommé les *Crises* avec leurs éruptions, leurs manifestations multiples, puis la nécessité de ramener d'abord, par le traitement, les maladies chroniques à un état plus ou moins aigu qui détermine un ébranlement et des secousses, presqu'inévitables.... au début de toute cure. Ces premiers effets ont malheureusement pour résultat fréquent de décourager les malades non prévenus ou inintelligents.

Des admirables découvertes microbiologiques de Pasteur et autres savants on avait d'abord tiré des déductions trop promptes et erronées,

tendant à rejeter, comme surannées, ces idées de nos pères sur les exutoires. Mais voilà que peu à peu un raisonnement plus logique, un examen plus complet de l'ensemble des phénomènes biologiques, l'étude des poisons microbiens et organiques et notamment les remarquables travaux de M. Charrin, ramènent la science médicale, même officielle, à admettre, sous des noms nouveaux et avec des explications plus approfondies, il est vrai, ces vieilles *théories humorales* de nos ancêtres en médecine. Ainsi, qu'elle le veuille ou non, la science tourne toujours dans le même cercle qu'elle se contente d'élargir.

§ XI.

Bains de vapeur.

Mais nous ne pouvons encore ici nous étendre davantage sur ces intéressantes questions, auxquelles se rattache également la dernière série d'applications, les *Bains de vapeur*. Administrés par Kneipp d'une façon très simple, le plus souvent locaux, rarement généraux, ils sont un moyen d'élimination excessivement puissant, violent même, et c'est pour cela qu'on ne doit pas en abuser. Il est bien évident que leur mode d'action est analogue à celui des maillots avec une intensité, une énergie plus considérable encore. Probablement on ne doit pas leur demander d'éliminer davantage que ces derniers, parce qu'on est obligé de limiter leur durée d'action; mais ils éliminent encore plus rapidement, ce qui répond à diverses indications.

En effet, tandis que dans les maillots chauds ou échauffés, c'est une très petite quantité d'eau qui, emprisonnée à la surface de la peau, l'excite de plus en plus, à mesure que l'application se prolonge, en accumulant progressivement une somme plus considérable de fluide, de chaleur, dans les Bains de vapeur, c'est de la vapeur d'eau très chaude, en très grande quantité qui vient baigner la surface cutanée, en s'y condensant et s'y renouvelant sans cesse. L'agglomération du fluide, l'excitation des terminaisons nerveuses et des nerfs vaso-moteurs, l'activité circulatoire et glandulaire, la dilatation des pores, sont ici portées à leur maximum et la sudation devient inévitable. Cette sudation est d'ailleurs, d'une part, la manifestation la plus intense, le maximum d'effort produit par l'organisme pour se débarrasser des principes morbides, d'autre part son moyen de défense le plus puissant pour contre-balancer, par une humectation et une évaporation proportionnelles, la trop forte poussée d'origine interne ou le trop grand apport externe de calorique à la superficie. Cette sudation ne va pas d'ailleurs sans entraîner une perte sérieuse équivalente de fluide et d'énergie vitale.

Voilà pourquoi la durée maxima des Bains de vapeur doit toujours être beaucoup plus courte que celle des emmaillottements, et c'est également pour ce motif que nous considérons comme indispensable de faire toujours suivre les Bains de vapeur d'une application froide (en général lotion ou affusion), qui tempère les effets trop violents et provoque à son tour une réaction beaucoup plus normale.

§ XII.

Bains chauds. — Substances adjuvantes.

On a pu remarquer qu'en parlant des Bains, nous avons passé sous silence la question de, *Bains chauds*. Nous l'avons fait avec intention pour ne pas interrompre nos explications sur l'action des diverses applications froides. Après ce que nous venons de dire sur les effets de l'eau chaude dans les maillots et les bains de vapeur, nous ajouterons simplement ce qui suit. Les bains chauds apportent au corps, ou à la partie du corps qu'ils enveloppent, une quantité de calorique proportionnelle à leur température. Mais comme cette température est sensiblement équivalente, soit dès le début, soit par le refroidissement consécutif, à celle de l'organisme et qu'il n'y a plus ici occlusion et accumulation du calorique comme dans les maillots et les Bains de vapeur, ils ne produisent pas les mêmes effets excitants, éliminateurs.

Si même ils se prolongent en s'attiédissant, ils débilitent alors plus ou moins l'organisme auxquels ils soustraient une quantité de fluide relative à la masse d'eau dont la température va en s'abaissant, mais sans déterminer, pour ainsi dire, aucune réaction, à cause du faible écart entre cette température et celle du malade. Aussi doit-on éviter de prolonger les Bains chauds et ne les employer qu'avec prudence. Notre règle est de les faire suivre *toujours* d'une application froide, au moins d'une Lotion, sans laquelle la réaction ne pourrait exister. Un Bain local, assez chaud et court, peut rendre parfois de grands services, comme moyen préparatoire à une application froide, en procurant à la région qu'on y baigne, aux pieds par exemple, un complément de calorique qui eût fait défaut pour permettre une réaction suffisante.

Ainsi nous avons passé rapidement en revue les principales séries des moyens hydrothérapiques préconisés par Kneipp.

Chacun de ces genres d'applications d'eau comporte, nous l'avons dit déjà, mainte modification suivant les besoins de la thérapeutique. On peut les varier dans leur étendue, leur température, leur durée, leur fréquence, leur intensité, l'abondance du liquide, etc. Le plus souvent nous nous servons de l'eau pure, mais parfois nous l'additionnons de substances fort simples, telles que plantes aromatiques ou autres, sel, vinaigre, etc., mais jamais d'aucune plante ou substance toxique, quelle qu'elle soit, à une dose quelconque. Ces additions, relativement peu fréquentes, sont uniquement destinées à renforcer l'action de l'eau froide ou chaude.

Un tel sujet demanderait assurément d'assez longues explications ; mais nous abuserions de l'hospitalité du *Concours médical* et nous sommes obligé d'abréger. Pour le même motif nous ne pouvons vous entretenir ici des quelques plantes employées par Kneipp, comme médicaments internes et que l'on doit d'ailleurs considérer comme un accessoire secondaire de sa méthode.

§ XIII.

Le grand secret de la méthode Kneipp.

Nous voici donc armés de tout un arsenal thérapeutique. Comment allons-nous l'utiliser?

. . . .

(L'espace nous oblige de négliger ici, des considérations accessoires de l'auteur.)

Le Curé de Wœrishofen savait le mettre en

œuvre. Assurément le diagnostic précis manquait souvent à cet homme simple qui n'avait pas fait d'études médicales et c'est pour ce motif qu'il s'était entouré de plusieurs médecins qui l'aidaient dans sa tâche. Toutefois nous devons reconnaître en toute équité, sans admettre certes ce prétendu coup d'œil divinatoire que lui prêtait le vulgaire et qui n'existait en réalité que dans l'imagination de ceux qui en étaient convaincus, nous devons certifier en toute sincérité, pour l'avoir constaté nous-même, que Kneipp jouissait d'une puissance d'intuition tout à fait exceptionnelle et qu'assez fréquemment il affirmait sans erreur l'état exact du patient.

Grâce à cette faculté, qui n'était d'ailleurs que l'accompagnement de son sens intuitif de l'hydrothérapie et de l'hygiène, il voyait juste, la plupart du temps (sans qu'un diagnostic détaillé fût nécessaire) quel était le dégré de déséquilibrement nerveux et circulatoire, les points faibles et les points trop forts de son malade, et c'était là le criterium de ses prescriptions, c'est-à-dire de la *nature* des applications variées qu'il ordonnait et de l'*alternance*, de l'ordre logique suivant lequel il les prescrivait. *Alterner* et alterner judicieusement, dans un but déterminé, *agir toujours sur l'ensemble* de l'organisme, mais toujours aussi en *insistant particulièrement sur une ou plusieurs régions*, avec une *intensité*, une *durée* et une *fréquence* voulues et raisonnées, tel est le grand secret de la méthode Kneipp.

N'oublions pas, en effet, notre définition et le but de notre thérapeutique, qui est de rétablir l'équilibre et d'éliminer ; or ce n'est pas avec une seule espèce d'application, soit générale, soit locale, que nous y parviendrons. Cette question du rééquilibrement (que l'on nous pardonne l'expression) par l'appel et le dégagement de notre fluide vital, par sa reproduction et son accumulation (car ces divers buts doivent être poursuivis) comporterait un développement considérable. Mais le peu que nous en avons dit doit suffire, pensons-nous, à faire comprendre la nécessité absolue de l'alternance méthodique des applications et à expliquer pourquoi le point sur lequel il importe d'agir directement avec le plus d'énergie et d'activité, n'est souvent pas la région la plus malade ; ce sera même fréquemment l'extrémité opposée du corps.

Dans quelques cas très simples il arrive qu'une seule application de ce genre pourra procurer la guérison, dans la migraine par exemple, comme nous l'avons maintes fois expérimenter sur nous-même. Ce procédé n'est-il pas d'ailleurs ce que l'on a nommé depuis longtemps la *Dérivation*.

Nous avons aussi démontré comment les diverses applications et tout spécialement les maillots produisent une véritable *Révulsion*, cet effet n'étant en réalité qu'une forme plus intense et plus localisée de la *Réaction*.

A peine avons-nous dit quelques mots de cette dernière, de la nécessité de la préparer et de l'aider à s'accomplir aussi parfaitement que possible. Ce sujet, auquel se rattache l'étude des répercussions internes, de la fièvre, etc., réclamerait un long chapitre. Aussi étudierons-nous tout cela dans un petit volume que nous pensons vous offrir bientôt, chers confrères, ainsi que dans une revue mensuelle, scientifique et pratique, destinée, sous le titre : « La Médecine naturelle », à faire connaître notre méthode et les traitements naturels en général.

Nous y étudierons tous les phénomènes biologiques qui se rapportent au fluide vital, etc. ; nous y traiterons mainte autre question, dont nous ne pouvons vous entretenir aujourd'hui, notamment de l'hygiène préconisée par Kneipp, hygiène par l'eau, hygiène de la nourriture, hygiène du vêtement, etc ; car, en toute justice, il était vraiment remarquable, le sens profond que ce bon Curé possédait de cette science.

§ XVI.

JUSTICE. — RECONNAISSANCE.

Certes Kneipp n'est pas l'inventeur des traitements naturels et loin de nous la pensée de prétendre que l'eau est le seul agent actif et efficace de ces traitements. Bien au contraire, il ressort du principe fondamental, que nous avons exposé comme étant la base de la méthode, que tous les agents atmosphériques (air, lumière, électricité, etc.) peuvent nous prêter leur précieux concours. Les traitements de Rikli, de Kuhne et tant d'autres ont assurément leurs mérites et leurs indications. Mais personne ne contestera que l'eau est, de tous ces éléments, le plus maniable, le plus répandu, celui qui se prête le mieux à tous les besoins de notre thérapeutique. D'ailleurs les divers auteurs de méthodes naturelles admettent tous l'usage de l'eau parmi leurs procédés.

Notre intention n'est pas non plus de présenter Kneipp comme le père de l'hydrothérapie rationnelle et méthodique. Avant lui, Vincent Priessnitz, modeste paysan de Graefenbourg, dans la Silésie autrichienne, avait créé tout un système d'applications d'eau et notamment le maillots, qu'il employait d'une façon un peu différente. Mais Kneipp, qui d'ailleurs affirmait n'avoir rien appris de Priessnitz (nous pouvons en croire sa franchise naïve et sa profonde honnêteté), Kneipp a été le premier à préconiser la série des affusions, qui, parmi toutes ses prescriptions hydrothérapiques, sont les plus usitées, tout au moins, nous l'avons dit, dans les maladies chroniques. Le premier, il a su grouper cette multitude d'applications d'eau si diversifiées, donner l'exemple fondamental de l'alternance judicieuse dans leur emploi et imposer comme une loi, indispensable au maximum d'effet, la nécessité de ne pas s'essuyer.

Dr AUDOLLENT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et sages-femmes.

L'Année médicale de Caen publie l'intéressant article qui suit, où se trouvent soulevées à la fois des questions de déontologie, de jurisprudence et de responsabilité :

Dans la loi de 1892, titre III, art. 4, nous lisons : « Il est interdit aux sages-femmes d'employer des « instruments. Dans les cas d'accouchements labo- « rieux, elles feront appeler un médecin ou un offi- « cier de santé. » L'application de cette loi paraît des plus simples ; en effet, au titre V de la même loi de 1892, art. 16, on lit : « Exerce illégalement la « médecine ; 2° Toute sage-femme qui sort des li- « mites fixées pour l'exercice de sa profession par « l'art. 4 de la présente loi. »

Malgré cette apparente clarté des textes, il y a des termes dont l'étendue est loin d'être définie nettement. *L'emploi des instruments* par les sages-femmes est prohibé, c'est une chose entendue. Est-ce une bonne ou mauvaise mesure ? Nous n'avons pas à discuter la chose ici. Mais la seconde phrase de l'art. 4 nous laisse perplexe : « Dans le cas *d'accouchement laborieux*, etc., etc. » Qu'est-ce que la loi de 1892 entend par accouchement laborieux ? Est-ce seulement celui où l'on doit employer des instruments ? Mais, il y a des opérations obstétricales parfaitement laborieuses, difficiles, dangereuses pour la mère et pour l'enfant, dans lesquelles on n'a d'autres instruments que ses propres mains (qui doivent toujours être des mains propres). Pour ma part, je trouve une version par manœuvres internes autrement plus laborieuse, autrement plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant, qu'une application de forceps au détroit inférieur.

D'après un jugement rendu il y a quelque temps par le Tribunal de première instance de X..., une version difficile, laborieuse, puisqu'elle a duré plus de deux heures, ne rentre pas dans la classe des accouchements qualifiés de laborieux.

Voici en quelques lignes le résumé des faits :

Une sage-femme est appelée près d'une parturiente et trouve une présentation de l'épaule gauche ; elle se met à pratiquer la version et éprouve des difficultés sérieuses. Elle refuse d'appeler un médecin, sur la proposition de la famille, alors qu'il en existait 5 à petite distance. Après *trois heures et demie* de manœuvres, elle extrait un enfant mort. Dès le lendemain le médecin appelé trouve la femme dans un état grave ; elle succombe au sixième jour à une péritonite généralisée. Quelques jours après la famille attaque la sage-femme devant le Tribunal de X... et présente à l'appui de sa requête un certificat médical, constatant que l'accouchée a succombé à une péritonite *causée probablement* par les manœuvres de l'accouchement. La sage-femme est poursuivie pour infraction au règlement : « n'a pas appelé un médecin dans un accouchement laborieux ».

Au Tribunal, le médecin témoin qui avait donné le certificat, soutient cette thèse que la sage-femme aurait dû appeler un médecin, voyant qu'elle ne réussissait pas, et surtout qu'il y en avait tout près de l'endroit où elle se trouvait.

Mais voilà où la chose devient amusante, et où l'on voit encore des confrères se liguer contre un autre, et donner, une fois de plus, devant dame Thémis, l'exemple de la confraternité.

Quatre médecins, consultés par le Tribunal, déclarent que la sage-femme a fait son devoir, que les sages-femmes ont le droit de faire la version, qu'on la leur enseigne dans les hôpitaux, etc.

Le jugement fut rendu quelques jours après ; la sage-femme fut acquittée en vertu de cette considération : « que l'on appelait accouchement labo-« rieux celui dans lequel on employait des instru-« ments ; la sage-femme n'avait pas employé d'ins-« truments, donc elle était innocente. »

Il manque, dans toute cette affaire, un élément indispensable dont l'omission est surprenante. L'autopsie de la malheureuse accouchée n'a pas été pratiquée ; la péritonite était certaine, d'accord. Mais, comme il arrive dans ces cas de version très laborieuse, n'y a-t-il pas eu une rupture utérine, et n'eût-il pas été important de constater *post mortem* si cette lésion existait ? Le fait est probable, comme l'ont répondu les maîtres accoucheurs, Auvard, Champetier de Ribes, Guéniot, Maygrier, Budin, Lacassagne (de Lyon), consultés par notre confrère, et comme nous le pensons aussi.

Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir conclure de cette malheureuse histoire que : En effet, la version est souvent une opération d'urgence que l'on doit enseigner aux sages-femmes avec soin, parce que, bien souvent, elles peuvent se trouver devant un cas très pressant où cette version, rapidement pratiquée, peut sauver l'enfant, et quelquefois aussi la mère. Mais, quand il y a des difficultés spéciales, tous les maîtres désignés plus haut sont formellement d'accord, et leur opinion, à laquelle nous adhérons formellement, peut se résumer dans cette phrase du livre de Budin : *De la pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes*, p. 359 : « Lorsqu'il y a présentation de l'épaule, la sage-fem-« me ne doit pas manquer de faire prévenir un « médecin, afin de mettre sa responsabilité à cou-« vert ; elle n'interviendra personnellement que si, « en l'absence de tout secours, il y a réellement ur-« gence. »

Les sages-femmes et le forceps.

Les revendications féminines sont à la mode pour l'instant, et le jupon tend à devenir l'étendard de la révolte. C'est sans doute pour obéir à ces tendances féministes que les sages-femmes s'insurgent et réclament le droit au forceps. Je n'ai pas la prétention de pouvoir en un court article poser le pour et surtout le contre de cette très sérieuse question. Sans vouloir l'affirmer, je crois — ce qui à mon avis prime tout — que pas mal d'applications de forceps seraient faites un peu trop hâtivement (auri sacra fames) et qu'au bout de quelque temps de ce régime, on pourrait, parodiant le Roi Soleil, s'exclamer : « Il n'y a plus de périnées. »

Mais, encore une fois, je ne veux rien dire de trop. Je voudrais seulement analyser, tel un rhétoricien, un petit article que je lus récemment dans le *Parfait nourricier*, journal des *accoucheuses*. Je dis *accoucheuses* et souligne à dessein, car le mot est gros de tendances. De même que les apothicaires se sont mués en pharmaciens, que les portiers se targuent d'être concierges et les masseurs d'être médecins, de même les sages-femmes ne veulent plus être sages-femmes, elles veulent être sacrées *accoucheuses*, tout comme nous docteurs sommes des accoucheurs. Et nous devons bien quelque reconnaissance à ces dames de nous vouloir élever jusqu'à elles ! C'était pourtant bien beau ce nom de sages, et Socrate s'en contenta, tout fils d'accoucheuse qu'il fût.

Donc, l'article en question traite du cas du Dr Laporte et, avec quelque mauvaise foi, en déduit ceci : « Lorsque le Dr Laporte fut appelé, « la parturiente était en travail depuis de lon-« gues heures. Elle avait auprès d'elle une de « nos collègues, accoucheuse distinguée. . .

. . . .

« Si elle avait eu le droit de se servir de ce mal-« heureux Forceps, elle en aurait fait une ap-« plication dès que les difficultés de dégage-« ment lui eussent semblé évidentes. La femme « aurait accouché. La mère, l'enfant et le Dr La-« porte eussent été sauvés. »

Mais si l'application de forceps était clairement nécessaire, que devait donc faire dans ce cas cette accoucheuse si distinguée ? La réponse sera unanime, elle devait de suite, et sans hésitation, envoyer chercher un médecin.

Au lieu de cela, que fait-elle ? Elle *attend*, nous dit la signataire de l'article, à qui je laisse la parole pour nous expliquer cette singulière conduite : « Elle en a tant vu déjà, dans sa prati-« que, de ces têtes qui semblent ne devoir jamais « franchir le détroit et qui, avec un peu de pa-« tience et beaucoup de douleurs inutiles, finis-« sent par glisser comme une lettre à la poste. »

Et pourtant, si ces douleurs sont inutiles,

pourquoi ne les point éviter à la parturiente ? Voilà qui serait de l'humanité ! bien plus que le *droit au forceps* ! Il doit y avoir un autre motif. Or, le voici tout au long exprimé dans la phrase suivante : « Alors elle attend avant de déranger « un médecin. Elle se dit qu'elle serait un peu « confuse si, avant que le docteur fût arrivé, « l'accouchement s'était terminé de lui-même ; « que cela lui ferait du tort dans le quartier. »

Enfin ! voilà le grand mot lâché ; la femme pouvait souffrir, l'enfant mourir, les contractions utérines faiblir, pourvu que la sage-femme vît croître et embellir sa clientèle.

Eh bien, si vraiment, comme l'insinue plus loin l'auteur de l'article, c'est seulement par *stupide vanité masculine* qu'on refuse aux sages-femmes le droit au forceps, ne voilà-t-il pas, en regard, un bien bel exemple de *vanité féminine* — sans qualificatif —. Et cela nous donne tout lieu de craindre qu'une fois autorisées à se servir du forceps, le désir de se couvrir de gloire et de faire briller leurs petits talents aux yeux des concierges et autres témoins de même gabarit ne pousse les *accoucheuses* à tenter de trop hâtives ou d'intempestives applications. Et puis, il n'y aurait plus de raison pour que cela s'arrêtât. Pourquoi pas ouvrir des abcès, ou faire des amputations ? Et nous avons bien le droit de penser que deux années d'études obstétricales, complément d'une instruction très primaire, pour *ne point dire primitive, ne doivent et ne peuvent point donner* les mêmes droits que nous ont conférés nos 6 à 10 années d'études médicales, sans compter celles qui précèdent.

Dr DEVOIR.

BULLETIN DES SYNDICATS

Circulaire du Ministre de l'Intérieur aux Préfets au sujet des Sociétés de secours mutuels

Monsieur le Préfet,

Le rapport annuel adressé par mon administration sur les opérations des sociétés de secours mutuels en France pendant 1895, fait ressortir que les frais de maladie supportés par ces sociétés ont augmenté d'une année à l'autre dans des proportions considérables et véritablement inquiétantes pour leur avenir. Cela tient à deux causes principales que le rapport en question met en évidence : 1° l'abus des ordonnances médicales ; 2° l'admission dans les sociétés, à titre de membres participants, des sociétaires dont l'état de fortune les classe plutôt parmi les membres honoraires.

Dans une circulaire en date du 15 avril 1891, l'un de mes prédécesseurs a déjà mis en garde les administrateurs des sociétés de secours mutuels contre les dépenses pharmaceutiques exagérées. L'augmentation énorme de ces dépenses en 1895 sur l'année 1894 appelle de nouveau mon attention, et je vous prie de vous reporter aux termes de la circulaire précitée pour inviter ces administrateurs à contrôler plus rigoureusement le service de la visite de leurs malades.

D'autre part, les médecins des sociétés de secours mutuels se plaignent que des sociétaires dont l'aisance leur fait un devoir d'être membres honoraires se font inscrire et sont acceptés en qualité de membres participants, et bénéficient ainsi, lorsqu'ils sont malades, des soins médicaux aux prix réduits accordés à la mutualité.

Si les rangs des mutuatistes sont ouverts à tous les travailleurs de situation précaire ou modeste, il n'est pas juste que des gens aisés, qui ont le moyen de payer, le cas échéant, les médecins au tarif de leur clientèle ordinaire, obtiennent gratuitement en versant une minime cotisation, les visites médicales, les médicaments et même une indemnité pour les journées où la maladie les empêche de vaquer à leurs occupations habituelles.

Tel n'est pas le but des sociétés de secours mutuels ; elles ont été créées surtout pour les laborieux qui vivent de leur salaire. Les plus fortunés doivent en être les soutiens naturels en leur consacrant leurs loisirs et leurs conseils, et ils font acte de bons citoyens en leur accordant, à titre de bienfaiteurs, la cotisation exigée des membres participants. Cette catégorie de sociétaires existe dans presque toutes les sociétés. C'est généralement lorsqu'elles se fondent que la confusion se produit. Les fondateurs sont heureux de recruter le plus grand nombre possible d'habitants de la commune pour grossir le fonds social, et, sans s'arrêter à la différence des situations, ils les admettent indistinctement selon leur désir, aussi bien en qualité de membres participants que parmi les membres honoraires. C'est là une erreur de calcul qu'il est nécessaire de rectifier.

Je tiens donc à ce que les sociétés de secours mutuels sachent bien qu'il est de leur intérêt de se renseigner sur la situation de leurs adhérents et qu'il leur appartient de ne pas attribuer à ceux qui peuvent être membres honoraires les avantages alloués aux participants. En conséquence, les fondateurs ou administrateurs devront apporter la plus grande circonspection dans la réception des nouveaux sociétaires participants et engager les anciens dont la situation de fortune dénote plus que l'aisance à entrer dans la catégorie des membres honoraires.

Veuillez, Monsieur le Préfet, porter ces observations à la connaissance des présidents des sociétés de secours mutuels de votre département et m'accuser réception de la présente circulaire.

Le ministre de l'Intérieur,
Signé : Louis BARTHOU.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Conférences de l'Institut psycho-physiologique.* — Chaque jeudi, depuis le 13 janvier jusqu'au 17 mars, à cinq heures du soir, des conférences seront faites à cet Institut, 49, rue Saint-André-des-Arts, par MM. les Drs Bérillon, Dumontpallier, Tison, Paul Farez, Max Nordau, et MM. Jules Bois, Eugène Caustier et Henri Lemesle.

M. le Dr Bérillon fait son cours de psychothérapie à ce même Institut, tous les jeudis, à dix heures et demie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4228.— M. le docteur Colnot, de Pontavert (Aisne), membre de l'Association des médecins de Laon.

N° 4229.— M. le docteur Carlotti, d'Auneau (Eure-et-Loir), membre de l'Association des médecins d'Eure-et-Loir.

N° 4230.—M. le docteur Delthil, de Briare (Loiret), présenté par M. le docteur Boutet de Monvel, de Briare (Loiret).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Massiani, de Novella (Corse), Duprez de Francevilliers (Somme), Boudet de la Bernadie, d'Uzerche (Corrèze), Bertrand, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine) et Jouanin, de Moulins-Engilbert (Nièvre), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année | N° 4 | 22 Janvier 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les lenteurs dans l'organisation de l'Assistance médicale

Il y a quatre ans que la loi sur l'Assistance médicale est votée ! La direction compétente du ministère de l'Intérieur, le Conseil supérieur de l'Assistance publique, les contrôleurs que nos habitués de l'Assemblée générale connaissent, MM. Rondel et Léon Petit, ont fait, à l'envi, de très louables efforts pour en faciliter l'application, et ont rendu la plus éclatante justice à l'esprit de générosité et à la bonne volonté des médecins et des syndicats, qui se sont fait leurs auxiliaires.

Eh bien, malgré tout cela, il est vraiment désolant de voir où en sont encore les choses dans quelques régions.

Dans la Seine-Inférieure, on veut faire promener nos confrères sur les routes à raison de 7 centimes par kilomètre ; dans l'Aveyron, on joint, à leur égard, l'injure à l'avarice et on les oblige à une sorte de grève ; dans d'autres départements, où ils réclament le système landais, on s'acharne à leur imposer celui des circonscriptions qu'ils ont des raisons sérieuses de refuser ; dans le Morbihan, on ne fait rien du tout, etc., etc... Nous en passons et des plus incroyables.

Quatre ans de négociations, de pourparlers, d'essais plus ou moins loyaux ; à travers mille tracasseries, mille dénis de justice ! ! Quelle est donc la profession qui supporterait cela ?

A coup sûr, tous les notaires, avocats, avoués, commerçants, hobereaux, etc., qui ornent les conseils généraux, jetteraient des cris de paon, si on mettait à pareille épreuve leur personne et leur bourse. Cela ne les empêche pas de donner chaque jour *ex cathedra* des leçons d'abnégation et de désintéressement, eux qui ne payent rien, à nos confrères qui payent tout, et qui n'en peuvent mais.

Et nous nous demandons avec étonnement, si tout cela durera encore longtemps !

Mais il importerait aussi de savoir quel rôle jouent en ces affaires, ceux qui, assez nombreux en somme, représentent le corps médical dans les assemblées départementales.

Est-il admissible que nous en soyons encore à ce point, s'ils ont fait leur devoir, *tout leur devoir* ? Beaucoup se refusent à le penser, et vraiment cela serait presqu'inexplicable.

Se sont-ils concertés entre eux, abouchés avec leurs confrères et avec les Syndicats, pour rédiger un projet capable de donner satisfaction aux indigents malades, aux médecins, aux maires ; pour envisager et fixer l'importance du crédit qu'il devait entraîner ; pour montrer que c'était une dépense nécessaire, indispensable ; plus urgente que la moitié de celles qui s'inscrivent au budget sous le titre de subvention, d'indemnité ; pour prouver qu'on pouvait différer telle création de routes, ou telle restauration de monuments, mais qu'il fallait d'abord assurer au malade pauvre les soins médicaux ; pour proclamer qu'eux, médecins, n'avaient rien de mieux à accomplir, au Conseil général, que de préparer l'application de la loi d'assistance, et que, s'ils ne l'obtenaient pas, ils sauraient s'en souvenir et dire aux électeurs quel cas leurs mandataires font de la vie humaine ? Tout cela, l'ont-ils fait, nos confrères, avec la ténacité, la persévérance que leur imposait leur fonction, avec la conviction que personne ne

pouvait les suppléer dans ce beau rôle ; qu'ils manqueraient à un devoir sacré, en oubliant les principes de la solidarité professionnelle, d'accord avec ceux de la solidarité générale ?

Hélas ! des doutes nous obsèdent, des craintes même nous viennent, inspirées par de nombreuses lettres. L'indifférence, les mesquineries de la politique locale, l'intérêt personnel, les petites ambitions, ont déjà provoqué tant de vilenies que nous ne pouvons nous empêcher de les rendre responsables de bien des échecs dans cette question capitale.

Et cependant que ne peut-on réaliser avec de l'entente et de l'initiative !

Un confrère, M. le Dr Hervé (de la Motte-Beuvron), va nous le dire, et nous lui laissons la parole pour finir cette causerie par une anecdote consolante.

« Dans notre département de Loir-et-Cher, le Conseil Général, d'accord avec notre association locale, adopta en 1894 le système du libre choix du malade, limité par le taux kilométrique du médecin le plus rapproché. L'indemnité kilométrique est de 0,50 ; la visite de 1 fr.

« Une commune voisine de ma clientèle, celle de Pierrefitte, soucieuse de ses intérêts, réclamait déjà l'année dernière qu'il lui fût permis d'instituer le système de l'abonnement. Cette année, sur les instances de son conseiller général, le département l'autorisa à essayer.

« Alors, idée géniale, le maire s'apercevant qu'il existait tout autour de sa commune, d'ailleurs dépourvue de médecins, une nuée de *confrères, se dit qu'il pourrait* peut-être profiter de cette concurrence. Et dimanche matin tous les médecins habitant autour de Pierrefitte, recevaient une circulaire qui les invitait à se présenter le mercredi suivant devant le Conseil municipal de Pierrefitte, pour soumissionner au rabais les soins à donner aux indigents de la commune !

« Indigné, je pris l'initiative d'écrire aussitôt à mes sept confrères et je fus assez heureux pour amener une entente unanime. De telle sorte qu'hier, nous nous trouvions en effet réunis dans la commune non pas pour jouer le jeu de M. le Maire, mais pour lui annoncer qu'il pouvait laisser dormir dans ses cartons, ses projets d'abonnement au rabais.

« Je tenais à vous signaler ce fait qui prouve le cas que font de nous les petits tyranneaux de campagne et aussi la résistance que nous pouvons leur opposer, si nous savons rester unis. *Il reste maintenant* à souhaiter que notre union persiste. Pourquoi pas ? »

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La grippe.

Régulièrement, chaque hiver nous ramène, en France, la trop fameuse grippe ou influenza, dont on peut dire, comme le poëte.

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

On y échappe difficilement, et chacun est à peu près sûr de payer un tribut plus ou moins large à cette capricieuse despote : les uns ont la courbature généralisée, avec sensation de brisement des membres, céphalée intense, lombalgie, abattement, fièvre intense, frissons répétés et tenaces, impossibilité de se réchauffer, laryngo-trachéite et toux quinteuse coqueluchoïde : d'autres ont une simple courbature, d'autres des névralgies tenaces et pénibles, d'autres ont seulement des frissons et un peu de rhume. Cette année, les enfants paraissent particulièrement atteints, surtout les petits enfants ; la grippe se manifeste chez eux par une fièvre intense, du délire, de la céphalée, quelques épistaxis, parfois un peu d'amygdalite et de bronchite ; la durée de ces phénomènes est d'environ cinq à six jours, comme chez l'adulte.

En général, la guérison des symptômes aigus se fait du 4e au 8e jour, mais, il persiste une faiblesse et un catarrhe trachéo-bronchique d'une ténacité désespérante pendant 2 ou 3 semaines. Parfois aussi, surviennent des complications plus graves : suppurations, otites, abcès, névralgies, entérites, bronchites, qui prolongent la maladie pendant un temps indéterminé.

Quelles armes possédons-nous contre cette invasion périodique de chaque hiver ? D'abord *les sudations* au début ; puis, lorsque la maladie est nettement déclarée, la *quinine*, à doses de 0,75 centigrammes à 1 gr. en 24 heures pour les adultes, *l'antipyrine* ou la *quinine* à doses de 0,15 à 0.30 centig. en 24 heures pour les enfants, *l'alcoolature de racine d'aconit*, de X à XXX gouttes en 24 heures, *les grogs chauds, le repos absolu au lit, la diète* et quelques *purgations*.

Tous ces moyens combinés favorisent le prompt rétablissement du malade, mais ils ne jugulent pas la maladie ; nous ne possédons pas de spécifique pour la grippe. Quant au catarrhe trachéal persistant et à la toux quinteuse, on aura recours, pour les combattre, à l'opium, au bromure, à la belladone, en potions, aux fumigations narcotiques et aux révulsifs sinapisés et iodés, sans toutefois pouvoir s'attendre à une guérison rapide.

Traitement du psoriasis.

M. le Dr *Brocq* a étudié récemment, dans une leçon clinique publiée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, la question si intéressante du traitement du psoriasis. Au point de vue du traitement interne, cette question est encore très discutée, par la raison qu'on ne connaît pas encore bien la nature du psoriasis. Cependant, il est prouvé, par de nombreux faits, que le traitement général peut être utile dans certains cas.

L'arsenic a été considéré comme un spécifique, puis abandonné, par beaucoup de médecins, peut-être à tort, car il agit chez certains malades : M. Brocq a vu des éruptions psoriasiques disparaître sous cette influence et être remplacées par des taches pigmentées ; mais il faut reconnaître que ce sont là, des cas bien exceptionnels.

Le salicylate de soude à haute dose a pu donner le même résultat et surtout l'iodure de potassium à la dose de 8 à 15 grammes par jour. On peut voir, il est vrai, survenir des accidents, mais certains malades le supportent bien, de telle sorte que, dans certaines circonstances, on peut être autorisé à essayer ce traitement. On peut en dire autant de l'emploi du corps thyroïde ; enfin l'oxyde jaune, en injections, a pu donner

quelques résultats favorables, mais en général les malades sont seulement blanchis et il y a récidive au bout de peu de temps.

En somme, la médication interne est très restreinte : il ne faut cependant pas la négliger et, pour en tirer parti, il faut étudier la constitution du malade. S'il s'agit d'un nerveux, si l'affection s'est développée après des émotions répétées, l'iodure associée au bromure, à la valériane, aux glycéro-phosphates, à l'hydrothérapie calmante, donnera parfois de bons résultats. S'il s'agit d'arthritiques de souche, on peut donner de préférence les sirops alcalins avec le salicylate, l'arséniate et le bicarbonate de soude ainsi associés :

Arséniate de soude.......	0 gr. 03 centigr.
Salicylate de soude......	3 grammes.
Bicarbonate de soude....	6 —
Sirop de gentiane... } Sirop de gaïac .... }	ââ 200 —

Trois fois par jour, une cuillerée à bouche.

S'il n'y a ni nervosité, ni arthritisme vrai, on peut donner l'iodure, lequel est indiqué surtout lorsqu'il y a des arthropathies, ce qui n'est pas du tout la même chose que l'arthritisme ; il s'agit ici probablement de troubles trophiques. On donne alors l'iode suivant la formule suivante :

Iode.......................	1 gramme.
Iodure de potassium........	10 grammes.
Eau........................	200 grammes.

Mais c'est au traitement local, qu'il faut surtout avoir recours et on sait combien les remèdes à cet égard sont nombreux. Pour les femmes, M. Brocq emploie très volontiers une préparation américaine, dont la formule est imparfaitement connue et porte le nom de *cuticura* ; elle blanchit très rapidement et n'a pas d'odeur, ce qui est un point important à considérer. Sur la tête, on peut appliquer une pommade au turbith ou à l'oxyde jaune.

Pour un homme, une médication plus énergique peut être adoptée et on emploiera, par exemple, l'acide pyrogallique dans une pommade au 1/20 ou 1/10, ou bien associé ainsi qu'il suit :

Acide pyrogallique........	4 grammes.
Acide salicylique..........	1 gramme.
Vaseline pure.............	35 grammes.

On sait que l'acide pyrogallique a l'inconvénient de teindre les cheveux et la peau d'une façon persistante. Le meilleur antipsoriasique est l'acide chrysophanique qui est malheureusement dangereux et d'un emploi difficile ailleurs qu'à l'hôpital. On l'emploie en pommades au 30e, au 20e, puis au 10e. Mais de même que l'acide pyrogallique, il est très diversement supporté et peut amener de graves accidents et même la mort.

Quand il n'y a que quelques placards à traiter, M. Brocq emploie l'oxyde jaune associé ainsi qu'il suit :

Oxyde jaune............	1 gramme.
Huile de cade vraie....	6 grammes.
Savon noir.............	Q. S. pour émulsionner.
Vaseline...............	Q. S. pour 20 gr. de pommade.

Vidal employait une pommade du même genre :

Huile de cade..........	50 grammes.
Savon noir.............	Q. S. pour émulsionner.

Glycérolé d'amidon. Q. S. p. 100 gr. de pommade, à laquelle on ajoute 3 grammes d'acide salicylique pour avoir le glycérolé cadique fort. Le faible n'en contient qu'1 gramme.

Toutes ces pommades ont leurs indications mais il faut savoir les utiliser.

Pour cela, il faut d'abord bien nettoyer la peau et dans ce but, la savonner pour la faire desquamer. La difficulté ensuite est de faire tenir les pommades, et c'est pour cela qu'on a imaginé les emplâtres, les traumaticines, etc.

Mais ces topiques divers ont bien des inconvénients et ne sont guère bons que pour des plaques isolées.

Pour faire tenir les pommades, le mieux est de faire porter au malade un maillot, un complet de flanelle, collant, toujours le même, pardessus lequel il en porte un second qu'il change quand cela est nécessaire. Le maillot s'imprègne de pommade aux endroits voulus et maintient le contact avec la peau.

Tous les deux jours on donnera des bains alcalins avec 100 grammes de sous-carbonate de soude pour commencer, pour arriver jusqu'à 250 grammes, de plus, dans le bain, le malade se savonnera vigoureusement.

Une fois blanchi, pour cesser le traitement, le malade ne doit plus présenter un seul vestige de son éruption, et c'est seulement quand depuis 15 jours, on ne voit plus rien apparaître qu'on doit interrompre. Mais même alors, il doit continuer des applications de pommade antipsoriasique, une pommade au naphtol ou à l'acide salicylique au 1/50 par exemple. En surveillant ainsi les malades de très près, on arrive à éloigner beaucoup les récidives.

Incompatibilité du chlorhydrate de cocaïne avec l'eau de laurier cerise.

M. *Daclin*, de Cluny, a signalé dans la *Médecine moderne* l'incompatibilité du chlorhydrate de cocaïne avec l'eau de laurier cerise.

Lorsqu'on prépare une solution de chlorhydrate de cocaïne dans de l'eau de laurier cerise, il se fait un précipité plus ou moins abondant selon la dose de cocaïne. Ce précipité, est du cyanhydrate de cocaïne, et après séparation du précipité, l'eau contient moitié moins d'acide cyanhydrique.

Le pharmacien qui aurait à préparer une solution de chlorhydrate de cocaïne dans de l'eau de laurier-cerise, destinée à être injectée hypodermiquement, et qui ne voudrait pas, en filtrant la solution, s'exposer à donner une préparation ayant perdu une grande partie de son activite, devrait ajouter à la solution quelques gouttes d'eau de chaux jusqu'à éclaircissement de la liqueur.

On a constaté dans certains échantillons d'eau, l'absence de précipité, et démontré que cette absence était due à la présence d'une certaine quantité de magnésie.

L'eau de laurier-cerise ne donnant pas de précipité avec le chlorhydrate de cocaïne n'est pas préparée selon les indications du Codex, mais probablement avec de l'eau de laurier-cerise et de la magnésie.

L'électricité dans la maladie de Basedow.

D'après M. le Dr *Emile Neumann*, de Paris, il y aurait avantage à combiner les courants galvaniques et faradiques pour combattre la maladie de Basedow ou goître exophthalmique, et à faire usage à la fois de ces deux modes d'électrisation. Le traitement qu'il préconise peut se résumer ainsi qu'il suit :

1° Faradisation d'après la méthode de Vigouroux (pendant dix à douze minutes).

2° Galvanisation de la région cervicale de la moelle, galvanisation de la région latérale du cou, galvanisation du corps thyroïde, durée totale de la galvanisation 6 à 8 minutes, courants faibles de 4 à 5 milliampères.

Les séances d'électrisation auront lieu trois ou quatre fois par semaine.

Sous l'influence de ce traitement mixte, on a constaté un amendement marqué au moins dans les deux tiers des cas observés ; diminution sensible du goître, de l'exophtalmie, du tremblement, atténuation sensible de la tachycardie ; état général notablement amélioré.

L'amélioration se produit assez lentement, au bout de six semaines à deux mois au plus tôt ; cependant dans certains cas légers le mieux se fait sentir dès la troisième ou la quatrième semaine. Quoi qu'il en soit, pour fixer les résultats obtenus et arriver à une amélioration définitive et chez un grand nombre de malades à une guérison complète, il faut continuer le traitement *pendant plusieurs mois, et voire même pendant* un ou deux ans.

Il est à peine besoin d'ajouter qu'il y a des cas d'affection de Basedow absolument rebelles à l'électricité ; aussi lorsque, chez une personne atteinte de la maladie de Graves, la faradisation et la galvanisation régulièrement appliquées n'ont donné aucun résultat au bout de trois mois, il n'y a pas lieu d'insister et il vaut mieux renoncer à ce moyen de traitement.

M. Vigouroux a signalé la diminution de la résistance du corps humain au passage des courants électriques dans le goître exophtalmique. Ce symptôme a fait depuis, l'objet d'études de Martius, de Kahler, d'Eulenburg et de Cardew qui ont confirmé, dans une certaine mesure, la manière de voir de Vigouroux. La diminution de la résistance électrique est, en effet, très fréquente ; mais il est toutefois des cas où cette résistance est normale, alors même qu'il n'y a pas complication d'hystérie, contrairement à ce que soutient Vigouroux. La diminution de la résistance dans la maladie de Basedow ne dépendrait pas, d'après Kahler, du système vaso-moteur, elle tiendrait uniquement à l'humidité de la peau due à la transpiration.

Les luxations médio-carpiennes traumatiques.

D'après la thèse de M. le Dr *Labady*, de Paris, les luxations médio-carpiennes traumatiques sont rares, mais existent réellement.

On en connaît quatre observations authentiques ainsi réparties :

Une luxation en avant partielle et incomplète limitée à la moitié externe (Claudot).

Une luxation en avant partielle et incomplète limitée à la moitié interne (Desprès).

Une luxation en avant totale et incomplète en dedans (Richmond).

Une luxation en arrière totale et complète (Maisonneuve).— M. Labady propose d'y ajouter :

Une luxation en arrière totale et incomplète en dehors.

Ces luxations succèdent à des chocs directs ou indirects.

La luxation en avant se produit dans la flexion du poignet.

La luxation en arrière se produit dans l'exagération de la flexion et aussi dans l'extension du poignet.

Les symptômes se reconnaissent à la déformation du poignet, au raccourcissement du membre, à la gêne considérable des mouvements de l'articulation, surtout la flexion et l'extension.

Le diagnostic se fait surtout par des mensurations rigoureuses, s'appuyant sur les interlignes du squelette carpien.

La radiographie doit servir de contrôle à la clinique.

Le pronostic, variable pour les luxations en avant, est subordonné à la gravité des lésions.

Dans les luxations en arrière, il doit être considéré comme très sévère, à cause des lésions de fractures osseuses qui s'associent constamment aux déplacements articulaires.

Le traitement doit consister d'abord dans la réduction de la luxation.

En avant : par flexion forcée du poignet et mouvements combinés de traction et d'extension.

En arrière : par traction, sous le chloroforme, et extension maintenue.

En avant comme en arrière, les luxations ont une grande tendance à se reproduire spontanément. Il est nécessaire d'appliquer des appareils de contention convenables et d'immobiliser le poignet pendant un temps, qui ne peut être bien déterminé que par le chirurgien traitant.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

Conduite à tenir dans la présentation du fœtus par le siège pendant le travail.

Par le Dr Petit.

I. — Siège complet.

1° *Le fœtus ne souffre pas.* — Il faut recommander à la femme de ne pas pousser avant la dilatation complète, la mettre en position obstétricale, dès que celle-ci est obtenue et, à partir de ce moment, ausculter toutes les 5 minutes au-dessus du pubis.

Si les bruits du cœur deviennent normaux, n'intervenir, jusqu'au dégagement des épaules, même si l'accouchement est très long, que pour faire une anse au cordon ; on se rend compte s'il présente une brièveté naturelle ou accidentelle ; si cette brièveté existe, on sectionne le cordon entre deux pinces, pour éviter des tiraillements sur le placenta et l'on termine l'accouchement le plus rapidement possible.

Dès que les épaules tendent à se dégager, il est préférable d'intervenir, car le fœtus, du fait de l'excitation des téguments thoraciques par l'air, est exposé à des respirations prématurées.

Les deux bras du fœtus peuvent être dégagés à l'aide de la même main, de la main *naturellement fléchie du dos vers le ventre du fœtus* ; mais il est encore plus commode de dégager chaque bras avec la main *homonyme*.

Pour dégager un bras, il ne faut pas le saisir avec les doigts *formant crochet* (on aurait ainsi les plus grandes chances de le casser), mais bien appliquer les trois doigts médians, en *dehors et le long du bras*, sous forme d'attelle, et le dégager comme si l'on voulait en *moucher* le fœtus (Pajot). Il est généralement plus commode de commencer par le bras postérieur, car, en arrière, il y a plus de place ; parfois, cependant, l'épaule antérieure ayant amorcé son dégagement, on pourra libérer tout d'abord le membre correspondant. Rappelons enfin que, pour faciliter le dégagement du membre postérieur, il faut, de la main libre, saisissant les pieds, relever vers le pubis, et qu'il faut, au contraire, l'abaisser, pour le dégagement du membre antérieur. Si, par malheur, on casse un bras, ne pas trop s'en chagriner ; en 8 jours, une simple carte de visite, formant attelle, assurera la guérison.

Bien se garder de *tirer sur le fœtus*, tout en l'élevant ou l'abaissant, surtout dans l'intervalle des contractions utérines, sous peine de relever les membres le long de la tête du fœtus et de se créer ainsi de grandes difficultés pour les extraire.

Pour le *dégagement de la tête*, suivant la *manœuvre de Mauriceau*, le fœtus doit être mis à cheval non pas sur la main (comme on le fait trop souvent), mais bien sur le bras de l'accoucheur sur celui de ses bras dont la face palmaire répond au plan antérieur du fœtus ; puis on introduit l'index et le médius correspondants dans la bouche, et assez en avant, et en abaissant la langue. Ne pas croire qu'il soit plus prudent, moins brutal d'introduire un seul doigt ; en effet, le maxillaire inférieur du fœtus étant formé de deux moitiés symétriques, soudées sur la ligne médiane, l'effort d'un seul doigt porterait presque fatalement sur cette soudure et risquerait de la disjoindre ; au contraire, avec deux doigts, plus ou moins écartés l'un de l'autre, cet accident n'est pas à craindre. Il faut cependant savoir qu'assez souvent, et même, avec deux doigts habiles, on traumatise suffisamment les parties molles pour rendre les mouvements de succion difficiles pendant quelques jours. On en est quitte pour alimenter provisoirement à la cuillère. Parfois les érosions produites pourraient aller, d'après M. Pinard, jusqu'à donner des hémorrhagies qu'il faut savoir reconnaître, l'enfant suçant et avalant son sang à mesure qu'il se produit.

Mais revenons à la manœuvre. Tandis que l'une des mains de l'accoucheur remplit l'office que l'on sait, l'index et le médius de l'autre, formant fourche, saisissent la face postérieure du cou du fœtus juste au-dessus des épaules.

La bouche du fœtus se trouvant en *transversale* ou vers l'une ou l'autre des symphyses sacro-iliaques, on commence, à l'aide de deux doigts qui s'y trouvent introduits, par bien fléchir la tête ; on lui fait encore accomplir son mouvement de rotation qui ramène l'occiput derrière le pubis ; et enfin, on tire des deux mains et dans le sens voulu, de façon à dégager de bas en haut la tête, par ses diamètres sous-occipitaux, autour de la symphyse, en ramenant le dos du fœtus vers le ventre de sa mère. Ce dernier temps mérite qu'on s'y arrête :

1° A partir du moment où la bouche du fœtus est au niveau de la commissure postérieure de la vulve, on doit *aller très lentement*, car le fœtus pouvant respirer à l'air libre ne court plus de danger et c'est le périnée de la mère qui est en péril, la tête dernière présentant sa circonférence sous occipitale la plus grande, c'est-à-dire la sous-occipito-frontale, avant la plus petite, c'est-à-dire la sous occipito-bregmatique qui, au contraire, prépare les voies quand la tête est première. 2° Il ne faut pas seulement aller lentement, mais *déployer pas mal de force*, à moins, bien entendu, que le *col utérin* ne fasse obstacle. En ce cas, ne pratiquer que des tractions ménagées en s'aidant de manœuvres de *décallottement*, c'est-à-dire de refoulement du col de bas en haut autour de la tête, pratiquées par un aide et avec non moins de ménagement ; si on ne réussit pas, de la sorte, mieux vaut abandonner l'enfant entre les jambes de sa mère que de s'exposer par des tractions trop énergiques, à l'immense danger de la rupture utérine.

Si la tête est *retenue au détroit supérieur par un rétrécissement du bassin*, il faut, avant la manœuvre de Mauriceau, pratiquer *celle de Champetier de Ribes* : 1° La tête étant saisie comme dans la manœuvre de Mauriceau, l'opérateur la refoule contre la paroi latérale du bassin répondant à l'occiput et, tout en même temps, la fléchit : il substitue ainsi au diamètre bipariétal un diamètre plus petit avoisinant le bi-temporal. 2° Continuant à imiter les effets de la nature, il engage d'abord la bosse pariétale postérieure, en agissant d'une main sur l'un des côtés de la bouche et, de l'autre, sur l'épaule postérieure. 3° Tandis qu'il cherche enfin à engager la bosse pariétale antérieure en agissant sur l'épaule correspondante, sur le côté correspondant de la bouche et en tirant tout à fait en bas, un aide intelligent, à genoux sur le lit, d'une main appuie sur le front pour le maintenir fléchi et refoule la tête latéralement et, de l'autre, appuie, au-dessus du pubis, sur la bosse pariétale antérieure pour l'engager. Au besoin, un troisième aide exerce des tractions synergiques sur les membres inférieurs. La tête ayant franchi l'obstacle, on termine par la manœuvre de Mauriceau.

L'application du forceps sur la tête dernière ne peut être qu'inefficace ou dangereuse, quand les manœuvres précédentes ont échoué. L'application du forceps sur la tête dernière a vécu.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale de l'Hôtel Dieu

par M. le Professeur Dieulafoy, 1896-1897 (1).

(Analyse de M. le Dr Verdalle, de Cannes.)

Les premières leçons cliniques de M. Dieulafoy, l'élève favori du professeur Trousseau, devenu maître à son tour dans cette chaire illustre

(1) G. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

de l'Hôtel-Dieu, constituent un véritable événement dans la littérature médicale.....

Ces leçons cliniques sont, tout d'abord, un merveilleux spécimen de la langue française maniée avec éloquence et non plus cette sorte de lourde imitation d'allemand qu'il a été de mode, pendant si longtemps, d'employer dans la littérature scientifique et surtout dans la littérature médicale.

« Pendant les dix années,nous dit Dieulafoy, dans sa leçon d'ouverture, où j'ai eu l'honneur d'occuper la chaire de pathologie interne, il n'est pas une de mes leçons, qui n'ait été préparée et travaillée avec l'acharnement que mettrait un candidat à préparer une leçon pour le concours d'agrégation. Je sentais bien que c'était, pour moi, comme une introduction à la chaire de clinique que j'occuperais peut-être un jour. »

. . . .

Le volume paru en 1898 comprend une série de leçons faites au hasard de la clinique, dans le courant de l'année 1896-97.

C'est d'abord deux leçons sur *le brightisme*,un des sujets favoris de M. le professeur Dieulafoy et pour lequel, chacun le sait, il a beaucoup fait.

L'œdème suraigu du poumon et l'œdème brightique du larynx.

L'œdème suraigu du poumon survient le plus souvent dans des brightismes ignorés, dans ces formes de brightisme *à petite urémie*, où le malade promène sa maladie à tous les vents, sans savoir qu'il est gravement exposé.

Il a quelques migraines, quelques troubles de la vue, des fourmillements, des crampes, de la pollakiurie, le doigt mort, et c'est tout. C'est ce que M. Dieulafoy a si justement appelé « les petits accidents du brightisme ».

Tout d'un coup, le plus souvent à la suite d'un refroidissement ou d'un excès, il est pris d'étouffements, d'angoisse, « à la façon d'un accès d'asthme », et il se met à expectorer un liquide spumeux, saumoné, albumineux, et il meurt si vous ne lui portez secours. Il meurt à la première crise quelquefois.

Le remède héroïque, c'est l'émission sanguine — la saignée de préférence — les sangsues ou les ventouses scarifiées tout au moins —mais la saignée surtout, si elle est possible.

M. Dieulafoy insiste beaucoup sur ce traitement héroïque d'œdème suraigu par la saignée. Il voudra bien m'excuser si je me permets d'apporter ma modeste note personnelle, mais j'ai la conscience d'avoir, moi aussi, sauvé par ce moyen plusieurs malades atteints de brightisme latent ou avéré. Mes élèves connaissent si bien mes idées à ce sujet, qu'ils n'attendent pas mon arrivée pour pratiquer la saignée.

J'ajoute que, dans beaucoup de cas, à l'hôpital surtout, où les malades vous arrivent souvent sans renseignement aucun, on devrait, en pratiqué courante, saigner dans tous ces cas douteux, de coma inexpliqué, coma qui n'est très souvent autre chose qu'un accident de brightisme latent.

Dans pas mal de ces cas, j'ai constaté l'excellent résultat de cette saignée faite au hasard... de la lancette.

La seconde leçon est consacrée à l'œdème brightique du larynx, qui, lui aussi, survient brusquement, non pas chez les grands albuminuriques à vastes œdèmes périphériques, mais presque toujours chez des ignorés, chez des gens simplement « entachés de brightisme». M. Dieulafoy insiste sur un signe prémonitoire très important, car il peut asseoir le diagnostic, c'est l'angine œdémateuse. Elle précède habituellement l'œdème suraigu du larynx. Là aussi, l'émission sanguine est le meilleur remède.

Trois leçons, nous pourrions dire même quatre, sont consacrées à l'étude des *lésions syphilitiques de l'aorte*; la quatrième, qui traite de *l'angine de poitrine tabétique*, est en effet pour ainsi dire *parasyphilitique*.

Les lésions syphilitiques de l'aorte sont extrêmement fréquentes. La syphilis frappe l'aorte *par segment* comme elle frappe la sylvienne, la basilaire ou n'importe quelle autre artère et elle détermine sur l'aorte des lésions d'artérite qui sont *curables* lorsqu'on les prend à temps.

En tout cas, les troubles nerveux de l'aortite, quelque intenses et douloureux soient-ils, sont guéris par le traitement antisyphilitique.

M. Dieulafoy donne la préférence à l'injection d'huile biiodurée.

Quand la lésion est acquise, que l'anévrysme est formé par exemple, le traitement spécifique devient *probablement* impuissant. Et encore faut-il toujours l'essayer. On ne sait pas.

M. Dieulafoy cite un cas d'anévrysme de la radiale qu'il a guéri absolument par le traitement spécifique. Il était temps : on allait l'opérer. Il est très probable aussi que l'artérite syphilitique des vaisseaux cérébraux, avec ou sans anévrisme, guérit absolument. Nous en voyons tous les jours des exemples.

Un des points remarquables de l'histoire de l'aortite syphilitique, c'est qu'elle n'arrive que tard — dix, quinze ans — dans le cours de la syphilis, à l'encontre des artérites cérébrales, qui surviennent d'habitude assez rapidement, quelquefois dans la première année.

Au point de vue du siège des lésions, M. Dieulafoy divise l'aortite en :

Aortite sus-sigmoïdienne, qui ne se manifeste guère que par l'*angor pectoris*.

Aortite sigmoïdienne, qui frappe l'orifice des valvules et se manifeste par des signes classiques.

Aortite aboutissant à la formation d'anévrisme syphilitique de l'aorte d'aujourd'hui reconnu comme très fréquent, présente en clinique deux types dont l'expression et la gravité sont absolument différentes.

L'un, l'anévrisme ordinaire, marche à la façon

classique avec son cortège de douleurs et d'œdèmes.

L'autre, l'anévrisme à type récurrent, se contourne au segment de l'aorte qu'embrasse le récurrent gauche. M. Dieulafoy, qui a fait de cette variété d'anévrisme une étude approfondie et l'a décrite sous ce nom, y insiste avec amour ; il en fait voir la gravité, le danger imminent de l'ouverture dans la trachée ou la bronche gauche ; il cite plusieurs observations de mort subite par hémoptysie foudroyante.

Le diagnostic de cette variété s'impose par les symptômes que cause la compression du récurrent : dysphasie, dysphonie, accès de suffocation, spasmes glottiques.

Ici une discussion fort intéressante tendant à prouver, avec Krishaber, que ces symptômes sont dus, non pas à la paralysie du récurrent, mais à son excitation.

Je note, en passant, une pointe contre les partisans à outrance de l'artério-sclérose, qui expliquent tout, d'ailleurs fort aisément, par l'artério-sclérose. Nos élèves ont eu surtout cette tendance de généralisation à un suprême degré, à un degré tel que j'en enrageais bien souvent et je leur faisais la guerre ; l'artério-sclérose arrivait à un moment donné à masquer toute la pathologie.

Dire d'un malade qu'il est un artério scléreux c'est vite dit ; mais il serait dans bien des cas plus exact de dire qu'il est un rénal, un hépatique ou un syphilitique.

Revenons à la syphilis de l'aorte ; une dernière variété très importante à connaître est l'aortite à *gommes circonscrites* aboutissant à des anévrismes *cupuliformes*, *multiples* à une sorte d'*éruption* de petits anévrismes.

En général elle détermine des crises d'angine de poitrine. Souvent ces petits anévrismes se creusent, s'ouvrent, et la mort rapide en est la conséquence par rupture de l'aorte.

Ici encore une discussion sur la pathogénie de l'angine de poitrine. Contrairement à ce que professe M. Huchard avec tant d'autorité, M. Dieulafoy prétend et prouve par des observations, qu'il y a des angines de poitrine non coronariques.

Une grosse partie du dernier chapitre est consacrée à établir, chose très importante, que l'aortite syphilitique est curable lorsqu'elle n'a pas déterminé des lésions trop fortes ; qu'un traitement spécifique peut en arrêter les progrès, qu'en tout cas les crises de douleurs cessent absolument par ce traitement.

Seulement ce traitement il ne faut pas craindre de le poursuivre avec toute l'énergie possible et les hautes doses sont indispensables. Il faut aller jusqu'à l'extrême de la tolérance.

Dans la septième leçon, M. Dieulafoy étudie l'angine de poitrine tabétique et prouve qu'il y a très fréquemment dans le tabes des lésions cardiaques, mais que ces lésions frappent de préférence l'aorte. Elles sont le plus souvent ignorées du malade, ne se manifestent par aucun signe ; elles auraient le même caractère d'indolence que les artropathies qui, elles aussi, sont en général ignorées du malade.

Mais, à côté de ces lésions qui seraient de véritables troubles trophiques (Grasset-Letulle) il y a aussi des troubles nerveux, *sans lésions*, des crises *cardiaques* d'angine de poitrine qui sont des crises tabétiques de même nature que les crises gastriques, rénales, vésicales, rectales, etc.

M. Dieulafoy en cite plusieurs observations personnelles et autres.

L'autopsie, dans un certain nombre de cas, a prouvé que l'angine de poitrine tabétique était d'origine névritique et que la coronarite, là aussi n'y était pour rien.

Ces troubles et lésions de l'aorte chez les tabétiques ne sont pas d'origine syphilitique ; elles appartiennent au tabes même, la syphilis n'y est pour rien. Elles sont parasyphilitiques, suivant la jolie expression de M. Fournier.

A propos d'un cas de son service, M. Dieulafoy fait ensuite, une leçon sur la *chorée*, *mortelle*.

Les observations de chorée mortelle ne courent pas les rues, mais cependant la science en compte un certain nombre de cas. Toutes ou presque toutes ont trait à des jeunes gens.

Il y a deux genres de mort par la chorée : dans certains cas, c'est à des complications qu'elle est due (cœur, poumons, affection purulente).

Dans d'autres cas, c'est à la maladie seule qu'il faut l'imputer : le malade succombe on ne sait trop à quoi, car les autopsies n'ont révélé aucune lésion, à la fatigue peut-être, à l'épuisement, à la fièvre.

Dans tous les cas graves, la chorée s'accompagne *de troubles mentaux, d'une sorte de manie aiguë*.

L'apparition de troubles mentaux graves dans le cours de la chorée ou avant qu'elle n'éclate, est donc un signe pronostique extrêmement fâcheux.

La neuvième leçon a pour sujet : un cas d'épilepsie jacksonnienne, à propos d'un tuberculeux chez lequel une plaque de méningite détermine des accès brachiaux ; tel est du moins le diagnostic que porte M. Dieulafoy après discussion et avec preuves anatomiques et cliniques.

Un tuberculeux peut avoir des crises d'épilepsie jacksonnienne absolument comme un syphilitique ; une tuberculose locale des méninges n'est pas chose rare et certaines doivent guérir.

Les deux leçons suivantes sont consacrées à la maladie de Basedow. A propos d'une malade, qui présente une paralysie généralisée, M. le professeur Dieulafoy établit qu'il y a *constamment* dans le goître exophtalmique une triade de troubles de motilité, tremblements, paralysie,

mouvements choréiformes. Tous ces troubles existent toujours, plus ou moins prononcés, mais ils existent. En général, l'un d'eux prédomine. Ils sont dus à la maladie même et non à une maladie surajoutée.

Il en est de même des troubles mentaux de la psychose propre à la maladie de Basedow. C'est une des conséquences de la maladie et qui lui appartient en propre.

Que l'hérédité joue un rôle dans sa production, que la dégénération y contribue, cela ne peut faire de doute ; mais il y a dans la maladie de Basedow un état mental, des troubles moteurs constants, qui la précèdent, l'accompagnent où la suivent, qui existent constamment.

Ces troubles sont très variables : ils vont de la simple fatigue cérébrale aux excitations les plus extrêmes. « Cet état mental revêt toutes les formes de l'aliénation. »

Un chapitre assez long est nécessaire au traitement. M. Dieulafoy rejette le traitement chirurgical. De nombreux cas de mort ont suivi les tentatives qu'on a faites sur le corps thyroïde; la résection du sympathique lui-même semble moins dangereuse, mais les résultats en sont contradictoires. Il faut donc se borner au traitement médical, et M. le Prof. Dieulafoy préconise l'ipéca, ce médicament vaso-constricteur par excellence, et l'associe à la digitale et à l'opium dans la formule suivante:

Poudre d'ipéca..............	4 cent.
Poudre de feuilles de digitale.	2 cent.
Extrait d'opium.............	1/2 cent.

pour une pilule.

De deux à quatre pilules par jour, suivant la tolérance du malade.

Il faut aller jusqu'à un léger état nauséeux, mais pas plus loin. Le valérianate d'ammoniaque et l'hydrothérapie indéfiniment prolongée rendent de très grands services.

Dans les leçons suivantes, M. le Prof. Dieulafoy étudie l'ulcère simple du duodénum, sa perforation, sa transformation en cancer.

L'ulcère du duodénum a pour caractère très important d'être latent. Il ne se manifeste guère que par cet accident redoutable, le plus souvent mortel : la perforation.

M. Dieulafoy en cite plusieurs exemples ; des malades pris en pleine santé d'une douleur atroce, comme frappés d'un *coup de poignard péritonéal*, puis une péritonite suraiguë et la mort le plus souvent, quelquefois en 36 heures.

C'est là le gros caractère différentiel d'avec l'appendicite, laquelle vient tout doucement ; la douleur n'occupe pas du reste le même siège.

Il faut savoir les reconnaître l'une de l'autre, car dans la péritonite par perforation l'opération doit être pratiquée sans perdre un instant : c'est la seule ressource.

L'ulcère simple de l'estomac sert souvent de point de départ au cancer : tel est l'objet de la leçon suivante. Les observations assez nombreuses prouvent cette transformation ou cette sorte d'appel. On assiste alors à la succession des phénomènes ou quelquefois à une véritable intermittence des symptômes des deux affections.

Il semble qu'il se passe là comme un appel au cancer, ainsi que cela se voit sur les anciennes cicatrices de la peau ou d'autres régions.

La quatorzième leçon a trait à la lithiase intestinale, dont l'auteur rapporte diverses observations professionnelles fort intéressantes. M. Dieulafoy conclut que la lithiase de l'intestin est souvent d'origine douteuse et due à la même cause que la lithiase biliaire. Et, de fait, on voit parfois ces différentes lithiases alterner ou se succéder. Un chapitre important est consacré au diagnostic de la lithiase biliaire avec l'appendicite.

Les trois leçons suivantes sont consacrées à l'appendicite et constituent un véritable traité sur la matière.

Les formes anatomiques et cliniques, les lésions, la pathogénie y sont étudiées et traitées de main de maître ; c'est un des sujets de prédilection de M. le Prof. Dieulafoy et par ses travaux antérieurs il nous y avait préparés. Aujourd'hui, dans ses leçons cliniques, voilà le sujet campé de façon, si nette, si brillante et si solide qu'il n'y a, pour ainsi dire, plus de retouches à y faire.

M. Dieulafoy expose sa théorie pathogénique avec une maëstria, qui vous séduit et vous entraîne. Pour lui, l'appendicite est toujours une maladie qui ne relève que d'elle-même ; ce n'est pas une complication ou une suite d'une colite quelconque.

Une oblitération se produit du canal appendiculaire, soit par le fait d'un calcul formé dans le canal même et non venant du dehors, soit par un travail inflammatoire aigu ou chronique, soit par une inflexion ou torsion de l'appendice. Les microbes de l'intestin emprisonnés en cavité close pullulent et prennent une virulence et une toxicité extraordinaires ; d'où infection et péritonite par pénétration de ces microbes à travers les couches de l'appendice. Cette théorie, appuyée sur les examens anatomiques et les expériences de laboratoire, paraît établie d'une façon irréfutable.

Un parallèle très ingénieux compare les lésions de l'oreille moyenne, cavité close, elle aussi, avec celles de l'appendice. Ses conséquences sont les mêmes : infection à distance par exagération de la virulence et de la toxicité.

En clinique et au point de vue du traitement, l'appendicite est une. Qu'elle paraisse au début bénigne ou grave, qu'elle doive déterminer une péritonite généralisée, des infections secondaires ou un simple abcès circonscrit, nul ne peut prévoir où elle ira, nul ne le peut préjuger à ses symptômes souvent trompeurs. L'indication est donc formelle et impérieuse: il faut opérer et

opérer immédiatement, dès que le diagnostic est posé.

Un chapitre curieux est consacré à l'étude de la lithiase appendiculaire, cause la plus fréquente de l'appendicite. Cette lithiase serait proche parente des lithiases biliaire et rénale et tiendrait aux mêmes causes.

Un assez grand nombre d'observations sont rapportées par M. Dieulafoy qui démontrent cette parenté.

Pour le traitement une formule le résume: « On ne se repent jamais d'avoir opéré une appendicite, on se repent souvent de ne pas l'avoir opérée. » Le traitement médical n'existe pas ; il faut opérer toujours.

Le livre de leçons cliniques de M. le Prof. Dieulafoy se termine par une leçon sur la *péritonite pneumococcique*. C'est un sujet encore peu connu et on lit avec grand intérêt les observations que cite M. Dieulafoy.

La péritonite à pneumocoque est en général primitive, elle frappe surtout le jeune âge, la diarrhée est un phénomène constant ; c'est là un bon signe différentiel d'avec l'appendicite. Là aussi, il faut opérer et opérer rapidement si l'on veut prévenir des complications souvent redoutables (infection et abcès secondaires.)

Nous en avons fini avec l'étude des leçons cliniques de M. le Prof. Dieulafoy. Avons-nous rendu fidèlement la pensée du maître ? Nous l'espérons. Si nous avons été au-dessous de notre tâche, il voudra bien nous le pardonner et le lecteur aussi, en raison de notre bonne volonté.

Dr H. VERDALLE,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des étudiants.

La question du service militaire des étudiants revient à l'ordre du jour, sous une forme nouvelle.

On sait que les étudiants, pourvus de douze inscriptions, étaient admis à passer l'examen de médecin auxiliaire et pouvaient, s'ils étaient reçus, remplir ces fonctions pendant leur année de service militaire.

Mais le nouveau régime, en reportant la première année à la Faculté des sciences, retarde en réalité les études médicales d'une année. L'étudiant qui, avec l'ancien régime, aurait eu les douze inscriptions réglementaires, se trouve maintenant n'en avoir plus que huit, et pourtant il est, médicalement parlant, tout aussi avancé.

La conséquence logique eût été d'admettre dorénavant les étudiants pourvus de huit inscriptions à passer l'examen, et le doyen M. Brouardel l'aurait, paraît-il, demandé ; mais il aurait été repoussé avec perte, l'administration militaire ne voyant aucune raison de modifier ses errements.

Ce résultat ne saurait nous surprendre, ladite administration n'ayant jamais passé pour accueillir d'enthousiasme aucun changement. Quand elle a dit douze inscriptions, elle n'a pas dit huit.... ; connaît les mathématiques.... sait compter...., n'aime pas les fricoteurs !

Mais, peut-être les médecins législateurs, qui nous témoignent si souvent en paroles de leur zèle et qui se battent les flancs pour trouver une question à se mettre sur la langue, pourraient-ils porter la chose à la tribune.

Nous savons bien que le Professeur Labbé a eu toutes les peines du monde à démontrer que, les études médicales étant augmentées d'une année, il y avait lieu de reporter, au point de vue militaire, l'extrême date du doctorat à 27 ans ; mais enfin, il y a réussi, et peut-être le confrère, sénateur ou député, qui voudrait bien reprendre la même thèse en faveur de l'admission des étudiants à huit inscriptions aux fonctions de médecin auxiliaire, aurait-il le même succès.

Il aurait à coup sûr autant de peine, plus peut être, la langue française et le bon sens devenant chaque jour de plus en plus inintelligibles au public, mais la difficulté ne saurait faire reculer des hommes aussi ardents, et celui qui se dévouerait serait sûr d'obtenir au moins la reconnaissance de nombre de ses confrères qui vont, à plus ou moins brève échéance, être personnellement intéressés dans la question.

Il pourrait être non moins certain de rendre à l'armée un service aussi grand, puisqu'il empêcherait la disparition des médecins auxiliaires qui lui sont bien de quelqu'utilité, le corps de santé n'étant, hélas ! que trop insuffisant.

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français.

Portefeuille au 31 décembre 1897.

Obligations communales 1879.......	9.633	»
— — —	500	»
— Midi	143.620	»
3 % amortissable	154.644	»
Obligations foncières 1883..........	46.700	»
— communales 1892.......	25.515	»
— d'Orléans	48.500	»
— *foncières 1879*..........	*10.040*	»
— — —	504	»
— Paris-Lyon............	55.575	»
— Ville de Paris..........	19.500	»
3 %	61.980	»
Obligations Est	23.812	50
— Banque hypothécaire...	66.232	70
	666.756	20
Encaissements au 31 décembre 1897	70.400	»

Retraites servies en 1897.

20 pensions ou demi-pensions......	15.200	90

Cannes, le 5 janvier 1898.

Le Trésorier,
Dr H. VERDALLE.

Société de protection des victimes du devoir.

UN HÉROS.

Nous ne saurions trop remercier le confrère d'Alger, qui a adressé au *Concours* le récit émouvant qui va suivre. Pour l'honneur de la corporation, si injustement décriée en ce moment, nous considérons comme un devoir de faire connaître de semblables actes de dévouement, et nous demandons instamment à tous ceux qui

le peuvent de nous renseigner, lorsqu'ils auront connaissance de faits analogues. Ce sera avec une réelle impression de joie et de fierté, que nous en parlerons dans ce journal.

Voici ce que nous apprend notre correspondant, d'après l'*Echo d'Oran* :

« Les journaux d'Alger relatent le fait suivant : Un interne de l'hôpital de Mustapha vient d'affirmer à nouveau le dévouement sans bornes, dont à chaque instant fait preuve le corps médical.

Un enfant de onze mois, atteint du croup, venait d'être opéré par M. K., interne de garde, quand celui-ci s'aperçut que l'accumulation des fausses membranes provoquait un commencement d'asphyxie.

Malgré le danger qu'il courait, M. K. n'hésita pas à mettre ses lèvres à l'ouverture qu'il venait de pratiquer au larynx et, par trois fois, à aspirer les matières qui étouffaient le malheureux bébé, afin de le sauver, ainsi qu'il l'avait déjà fait une première fois pour un autre enfant.

Le dévouement de M. K. avait encore été récompensé ; mais une complication imprévue a enlevé le malheureux enfant, 19 heures après.

Nous regrettons que le nom du médecin n'ait pas été donné en toutes lettres, dût sa modestie en souffrir. On ne saurait trop publier ces actes de courage professionnel, plus méritoire que le courage militaire, incomparablement supérieurs à des sauvetages que fait mousser la réclame.

Le véritable héroïsme n'est pas monnaie, tellement courante qu'on évite de le signaler. Pour nous, nous ne connaissons rien de plus grand que cet acte de dévouement à froid, d'un docteur qui lutte avec la mort, qui n'hésite pas à la braver pour *son propre compte, afin de rendre un bébé à sa mère*.

Peut-être M. K.. considère son action comme l'accomplissement d'un devoir professionnel ! C'est un héros sans le savoir et, partant, un vrai héros ! »

Les commentaires les plus élogieux n'ajouteraient rien au grand mérite d'une intervention aussi dangereuse. Nous adressons nos félicitations les plus cordiales à celui qui s'est ainsi exposé, avec tant d'abnégation. Nous voudrions que son nom fût inscrit en caractères indélébiles, dans tous les prétoires, à côté de l'image du Christ rédempteur, qui plane en vain au-dessus des magistrats que vous savez. Il ne paraît guère leur avoir inspiré l'indulgence envers les faibles et les innocents ; en revanche, il nous conseille de persévérer dans notre mission de charité et de dévouemement. Malgré les Juges de tout acabit, de grande et de petite marque, les médecins continueront à faire tout leur possible pour sauver les femmes et les enfants en détresse et rien ne parviendra à leur faire oublier le côté humanitaire et philanthropique de leur noble profession.

Dr GRELLETY.

Pour l'Ordre des médecins.

4 décembre 1897.

Monsieur le Directeur et très cher Confrère.

Je m'attendais à trouver dans le compte-rendu de l'Assemblée générale du « Concours » une discussion très approfondie au sujet de l'ordre des médecins ; mais je comprends que cette question ait été remise à plus tard.

Il est vrai qu'aucun de nous ne sait bien ce que l'on entend, ou croit entendre par l'ordre des médecins. Il y aurait lieu de préciser ; d'offrir un programme ; de préparer les esprits à cette idée et à la discussion qui doit précéder la naissance d'une loi, d'un règlement général. Mais puisque nous avons le temps d'attendre, je vais aujourd'hui vous prier de recevoir quelques réflexions qui pourraient être d'un certain poids dans les décisions à venir... ou, au moins, provoquer des répliques...

Pour moi : l'ordre des médecins est nécessaire ; il est indispensable ; et le plus tôt sera le mieux d'établir cette institution.

Voici mes raisons : c'est le tarif de notre sympathique confrère le Dr Jeanne qui a donné le dernier coup à mes hésitations, et entraîné ma conviction absolue.

Les médecins sont de grands enfants, ils ne sont pas raisonnables et ne le seront jamais. On doit leur donner un Conseil de famille ; comme à ceux qui ne peuvent pas, ou ne savent pas gérer leurs biens. Les médecins se font la guerre, et se la feront toujours.

Notre confrérie est mal organisée, il n'y a aucun pouvoir qui la surveille un Etat sans chefs est nécessairement livré à l'anarchie. Nous aurions besoin d'être surveillés. conseillés, au besoin punis. Dès notre établissement parfois, on arrive deux, trois, dans une localité où un confrère vivait déjà misérablement... première faute ; aussi préjudiciable à l'un qu'à l'autre ; et comme : misère engendre tricherie, le niveau moral de la profession s'abaisse et c'est le public qui rit de nous et profite de nos discordes. J'exerce la médecine depuis 20 ans, et j'ai vu de charmants garçons, quand ils étaient étudiants, devenir de mauvais drôles quand ils étaient établis.

Le moins qui puisse arriver, c'est que l'un des médecins travaille au rabais, afin d'essayer de couler ses concurrents.

A quoi bon le travail soigné, concienscieux de notre confrère Jeanne, si l'un de nos voisins offre de faire des opérations à 5 fr., et des accouchements à 3 fr. — Qu'on vienne voir dans une localité, que je pourrais désigner, mais dont je tais le nom par respect pour la profession. Ils sont trois... et c'est à qui se ruinera le premier! — S'il y a des réductions à faire, dans les tarifs anciens, il faut qu'elles soient consenties d'un commun accord, et approuvées par des gens impartiaux ; on dirait à ces fous qui se ruinent à se faire la guerre : « Soutenez-vous, main- « tenez vos prix, le public sera bien obligé de « céder, nous sommes une puissance, on a be- « soin de nous... serrons les coudes ».

Vivent les notaires !! il n'y en a dans une localité que ce qu'il faut pour la desservir... puis il y a un tarif... un acte coûte toujours le même prix, que ce soit au nord ou au midi, à l'est ou à l'ouest du canton.

Si cela continue ; s'il ne survient pas un conseil de discipline..., il faudra penser à joindre une industrie quelconque au noble métier de médecin.

J'ai un voisin qui, quoique Docteur, est épicier et marchand de draps ; il peut attendre, et il est bien certain de couler ses concurrents ; il fera plutôt de la médecine pour rien pendant quelque temps, le sucre et la cannelle, les cotonnades suffiront à faire tenir debout le budget.

Il est vrai que le commerce est au nom de la mère du confrère, mais cela revient au même ; les cadeaux de pièces d'étoffe, les crédits pour l'épicerie ont une grande influence sur la clien-

tèle médicale... Comme cela, on peut faire des accouchements à trois francs. et 27 visites à 10 kilomètres pour 60 francs. — Un conseil de gens sages ne tolérerait pas une pareille situation, ou bientôt on verra les médecins, marchands d'engrais ou débitants de boissons. La boutique sera au nom de la femme .. comme cela a lieu pour les sous-officiers de la marine.

Chacun de nous, sous le couvert de l'anonyme, devrait décrire sincèrement sa position... ce serait une enquête (1).

On serait effrayé de la situation réelle des médecins, et on se déciderait à faire quelque chose. La plupart de nous ne sont sûrs d'aucuns clients ; on ne peut pas se dire, même après 20 ans d'exercice, dans la même localité : « Je pourrai vivre de mon travail, tant que je serai valide. » Il y a des localités campagnardes où, s'il survenait un pharmacien, le malheureux médecin serait obligé de manger de la vache enragée, ou même de se priver à chaque repas. Quand on est vieux et célibataire, on prend son mal en patience ; mais les gens mariés, avec des enfants à élever !!!

Des chefs s'il vous plait , ou, au désordre succédera la ruine.

On a dit souvent que les médecins se faisaient la guerre, parce qu'ils ne se connaissaient pas et on a espéré que les syndicats, en offrant des occasions de réunions amicales, calmeraient les animosités. — Mais c'est un peu illusoire. D'abord on devrait être forcé de s'y rendre, et ceux qui ont intention de tricher se gardent bien d'approcher de ces douces réunions où d'autres aussi ne peuvent se rendre ayant un voisin peu délicat. Les mauvais se disent (je l'ai entendu...) : « Moi je ne ferai partie d'aucune Société, pour « être plus libre. Je travaillerai pour rien, pen- « dant quelque temps et quand j'aurai coulé « mes confrères, je hausserai les prix. » (Sic.)...

Il ne faut pas qu'on puisse dire toujours : « C'est une bien triste confrérie que la nôtre... »
(Dr Péron : Honnêteté professionnelle.)

Ayons des chefs ! que ceux-ci arrivent à faire respecter leurs sentences... et nous serons les premiers à nous courber et à en tirer toujours profit et honneur.

Un tribunal compétent et paternel, s'il vous plaît !

Veuillez agréer, etc.

F.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Lille et de la région.

(18 *décembre* 1897.)

La réunion générale, tenue sous la présidence de M. le Dr Richard-Lesay, est consacrée à la lecture et à la discussion d'un remarquable rapport de M. le Dr Lambin, sur les relations des médecins et des sociétés de secours mutuels.

Voici les conclusions de ce travail, telles qu'elles ont été votées par le syndicat.

« Il résulte, de ce qui précède, que les anciennes sociétés de secours mutuels sont passées à l'état de sociétés d'assurances, possédant un capital et une réserve (d'après la loi nouvellement votée à la Chambre des Députés, elles peuvent et vont se syndiquer et ce sera un fait accompli dans la région du Nord, d'ici quelques mois) ; que nous aurons bientôt en face de nous un vaste syndicat de collectivités, voilà la vraie situation. Quelle sera notre conduite vis-à-vis d'elles ? Elle devra être la suivante : Quand une société de secours mutuels viendra nous faire des propositions, nous lui répondrons avec le *Concours médical* :

« Il y a, parmi vous, non des indigents, mais des humbles, dont la prévoyance mérite l'encouragement du philanthrope qu'est toujours le médecin. Nous tenons à leur donner la preuve de notre sympathie , à cet effet, nous leur offrons, à eux seuls, la réduction globale de 25 % sur nos honoraires; et créons, pour eux une place de faveur dans notre tarif, après celle qu'occupent les assistés de la société où nous vivons. C'est à prendre ou à laisser, car nous ne vous devons rien, et nous plaignons ceux des nôtres qui s'inclinent devant vos prétentions. »

Nous avons le ferme espoir que d'ici peu, le médecin lillois pourra, sans crainte d'être supplanté par son voisin, déférer aux avances des sociétés, par cette réponse catégorique : que votre syndicat s'adresse à notre syndicat, à qui nous avons remis nos pouvoirs et le soin de débattre avec vous les conditions de notre acceptation.

Article premier. — Le traitement du médecin sera établi à la visite.

Art. 2. — Le Syndicat n'accordera le tarif minimun de 1 fr. la visite, qu'aux membres ouvriers ou similaires (petits employés) ; les sociétaires appartenant à une classe sociale plus élevée seront soumis au tarif usuel.

Art. 3. — Il sera établi, de concert avec les sociétés, un tarif spécial pour les visites de nuit, les opérations, etc.

Art. 4. — Tout différend se produisant entre un médecin et la société, sera porté par le bureau de celle-ci à la connaissance du bureau du syndicat, en tentative de conciliation. En cas de non entente, le médecin sera entendu par l'assemblée générale des sociétaires qui, seule, pourra prononcer la révocation.

Art. 5. — Les sociétaires ont le libre choix entre les médecins agréés, mais pour une année entière, à partir du 1er janvier.

Après avoir pris ces importantes décisions, le syndicat a procédé au renouvellement de son bureau qui est ainsi constitué pour 1898 : *Président* : M. le Dr Richard-Lesay ; *Vice-Presidents* : MM. les Drs Faucon, Lambin, Noquet, Ausset; *Secrétaire-général* ; M. le Dr Gallois ; *Secrétaire adjoint* : M. le Dr Gérard ; *Trésorier* : M. le Dr Derode.

Le banquet annuel est fixé au 15 janvier.

Société locale du Nord.

(25 juillet 1897.)

La Société locale du Nord a tenu sa réunion annuelle à Avesnes le 25 juillet 1897, sous la présidence de M. le Dr Olivier (de Lille), *Président*.

Quoiqu'elle comprenne 358 adhérents, l'assemblée ne comptait que 26 membres présents, le lieu de la réunion, pour cette année, obligeant à des déplacements longs et difficiles.

18 membres s'étaient excusés.

L'assemblée fait l'admission de dix membres nouveaux.

Le Président fait l'éloge funèbre de MM. Bocquet (de Maubeuge), Flament (du Quesnoy), Wagnier (de Lille), Leserf (de Valenciennes), Wannebroucq (de Lille), Bessac (d'Anor) et Baert

(1) Le *Concours* l'a faite et publiée in extenso, cette enquête, et elle a été instructive.

(de Steenbecque) ; il félicite ceux des membres qui ont obtenu des distinctions honorifiques ; puis donne la parole au secrétaire.

M. le Dr Noquet, secrétaire, expose ce qui s'est passé à l'Assemblée de l'Association générale des médecins de France. Il dit la prospérité financière de celle-ci, la création de la caisse des veuves et orphelins ; il se félicite de l'accord grandissant avec les syndicats, beaucoup mieux armés, dit-il, pour lutter contre l'exercice illégal ; et se range du côté de ceux qui pensent que l'Association générale doit persévérer dans la voie où elle a marché jusqu'ici, sans blâmer ceux qui veulent faire de la prévoyance sous des formes peut-être plus en rapport avec les besoins actuels du corps médical.

Il énumère ensuite les secours accordés à un Sociétaire, à dix veuves et à une orpheline : secours qui se montent à 2956 fr.

M. le Dr Looten, trésorier, donne enfin l'état financier de la société locale qui se traduit par un avoir total de 44.179 fr., en excédent de 1.300 fr. sur l'exercice précédent.

L'Assemblée renvoie enfin à l'examen du Bureau une pétition du syndicat de Roubaix sur les inconvénients du cumul des professions de médecin et de pharmacien, et une lettre de M. le Dr Dewyn (de Tourcoing), qui se termine par le projet de résolution ci-dessous :

1. Le Bureau de la Société est invité à se mettre en rapport avec l'Association générale et au besoin avec les diverses associations départementales, à *l'effet d'organiser un vaste pétitionnement* près des pouvoirs publics, *dans le but d'obtenir la modification* dans un sens favorable aux médecins de campagne des articles 12 et 13 de la loi actuellement en préparation sur l'exercice de la pharmacie.

2. Le Bureau est invité à faire des représentations au Syndicat des pharmaciens du Nord, sur les abus commis par les pharmaciens, qui pratiquent ostensiblement la médecine, et sur la vente de spécialités, remèdes secrets et assimilés.

3. Le Bureau en cas d'insuccès de ces démarches est *invité à signaler*, aux différents parquets, les infractions aux lois commises journellement par les pharmaciens.

4. La Société, résolue à soutenir ses membres, dans leurs justes revendications, décide qu'elle soutiendra, moralement et pécuniairement, ceux de ses associés qui auraient été autorisés par le bureau à intenter des procès. »

MM. les Drs Canonne (d'Anzin) et Gardillon (de Saint-Amand) sont ensuite nommés membres de la commission administrative ; et M. le Dr Lannelongue est acclamé comme Président d'honneur.

Après avoir choisi Valenciennes pour lieu de réunion en 1898, l'Assemblée se sépare en se donnant rendez-vous pour le banquet à 7 heures, à l'Hôtel de la Cloche-d'Or.

Conseil supérieur de l'instruction publique, affaire Heim.

M. *Heim*, agrégé de la Faculté, a formé un pourvoi contre la décision du Conseil de l'Université de Paris, qui l'a mis en retrait d'emploi.

Le *Conseil supérieur*, saisi, par une brochure de M. Heim, de pièces et témoignages nouveaux, a proposé d'en renvoyer la discussion à une session ultérieure.

Nous nous en réjouissons pour l'accusé, qui aura ainsi le temps, avec son avocat M. *Millerand*, de faire la lumière complète sur les accusations portées contre lui, avec une extrême ardeur, par M. le professeur Raphaël *Blanchard*.

Nous souhaitons vivement, après examen des pièces et dossiers que nous avons reçus, voir triompher la défense énergique de M. Heim.

REPORTAGE MÉDICAL

Légion d'honneur. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs les nominations au grade de chevalier, de MM. les docteurs Merveilleux, médecin principal des colonies, et Fabre, chirurgien en chef des hôpitaux du Puy, membres du Concours médical.

Protestation contre le concours de l'Internat de la Maison de Nanterre. — Une protestation a été adressée par trois des candidats au concours de l'Internat de la Maison départementale de Nanterre contre la violation du règlement de ce concours :

Les affiches blanches apposées sur les murs par la préfecture de police dont dépend cet immense établissement portaient :

« Article premier : Un concours sera ouvert le 15 décembre pour l'admission à *quatre* emplois d'interne en médecine et en chirurgie qui deviendront *vacants* dans cet établissement......

Article 3..... Epreuve d'admissibilité. — Le *nombre* des candidats admissibles pour l'épreuve *définitive sera double* du nombre des places *vacantes.*

Article 4.... A la suite de ces candidats, un certain nombre d'autres candidats pourront être présentés pour les fonctions d'interne provisoire.....

Or, au lieu de déclarer admissibles *huit* candidats (puisqu'il n'y avait que quatre places vacantes), le directeur de la Maison départementale de Nanterre a cru devoir déclarer 14 admissibles, ce qui a permis à des candidats *très intelligents* (1) de passer sur la tête de leurs concurrents.

Il nous paraît impossible que M. Blanc dont on vante l'esprit d'équité, laisse étouffer cette affaire par ses bureaux et ne tienne pas compte de cette protestation dont le bien fondé est reconnu même par les médecins de l'établissement, juges du concours.

—*Le prix de l'hospitalisation des vieillards à Paris.*— D'après M. d'Echerac, ancien secrétaire général de l'Assistance publique, chaque vieillard hospitalisé à Paris coûte à l'Administration près de 3 francs par jour, et pourrait être entretenu dans une famille pour moitié moins, ce qui donnerait une économie annuelle de deux millions.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.231. — M. le docteur Dufour, de Villefranche (Aveyron), membre de l'Association des médecins de l'Aveyron.

N° 4.232. — M. le docteur Agier, de Saint-Sauveur de Montégut (Ardèche), présenté par M. le Directeur.

N° 4.233. — M. le docteur Bossan, de Beaucaire (Gard), présenté par M. le Directeur.

(1) Expression de M. Laurent, secrétaire général de la préfecture de police.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 5 29 Janvier 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Utilité des diverses Associations médicales.

Il est des médecins, qui trouvent que les associations professionnelles se multiplient à l'excès, chez nous, qu'on tiraille le praticien, qu'on soulève trop de questions à la fois, pour pouvoir les faire aboutir toutes à bref délai.

Nous ne saurions partager cet avis, et par conséquent faire grise mine aux groupements qui se constituent chaque jour. Répondent-ils à des besoins réels? Sont-ils nés de légitimes impatiences? Oui : dès lors, ils ont leur raison d'être.

Si nous attendions, de l'Etat seul, les améliorations nécessaires, nous comprendrions l'urgence de sérier toujours les questions, suivant la méthode politique en faveur.

Mais, quand il est démontré que presque toutes les réformes désirables dépendent de notre initiative, mise en valeur par l'union intime des intéressés, que signifient les paroles de temporisation?

Qui relèvera nos honoraires, si ce n'est le Syndicat? Qui nous débarrassera des exploitations, des soumissions, etc., si ce n'est l'entente avec nos voisins? Où fera-t-on de la prévoyance mieux que dans les œuvres du Concours, de la bienfaisance envers nos camarades malheureux, avec plus de ressources que n'en offre la Caisse de l'Association générale et des Sociétés locales?

C'est peut-être courir une aventure que de partir en colonne pour les confins du domaine professionnel, afin de voir s'ils sont arrosés, par le Pactole, et si on peut se désaltérer à celui-ci. Mais y va qui veut, c'est affaire d'opinion personnelle. A chacun de juger des avantages et des risques moraux et matériels qu'entraîne cet exode, de voir s'il faut suivre ou s'abstenir.

D'aucuns se sont demandés si la *Fédération des Syndicats du Sud-Ouest* répondait à un besoin. Eh bien, nous trouvons que si elle s'attaque à ces deux fléaux locaux, *l'abonnement et les abus de la mutualité*, elle remboursera au centuple à ses adhérents leur minime cotisation, et rendra un service qu'elle seule peut rendre à cette heure.

Nous ne parlerons pas du « Concours médical », qui répond d'avance à tout reproche par les résultats constatés, et qui a, plus que qui ce soit, prêché l'initiative et l'union.

Une fois de plus, disons-le : « Il n'y aura jamais trop d'associations dans le corps médical tant que, nées de l'adhésion volontaire et orientées vers un progrès désirable, elles ne s'excommunieront pas les unes les autres. »

C'est de cette conviction, fruit de l'expérience et du succès, et partagée par tous ceux qui assistaient à notre dernière Assemblée générale, qu'est né le *Sou Médical*. Son programme, aussi large et aussi varié que son recrutement, sera étendu et ses moyens d'action puissants lui assurent une belle place au soleil.

Nous remercions nos confrères de l'avoir si bien compris et prouvé par leur accueil chaleureux et l'envoi de nombreuses adhésions. Le berceau du dernier né se remplit de cartes enthousiastes : l'enfant marchera sur de bonnes jambes, bien avant la fin de sa première année.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le son de percussion amphorique.

Le son amphorique fourni par la percussion du thorax se définit de soi-même : c'est *un son de cruche percutée.*

Or, d'après de récentes observations communiquées par M. le Dr Galliard à la Société médicale des Hôpitaux, le son amphorique est facile à mettre en évidence au niveau de l'estomac modérément distendu par les gaz.

On ne doit le confondre ni avec le son hydroaérique ou métallique, ni avec le bruit de pot fêlé, ni avec le son tympanique.

A. Dans la région sous-claviculaire, on peut l'obtenir, à l'aide d'une percussion forte, au niveau de cavernes pulmonaires qui, sous une percussion légère, ne donnent que de la matité. Il constitue, comme le bruit de pot fêlé dont on doit le rapprocher, un son mat à timbre spécial, un bruit de matité pervertie.

Beaucoup plus rarement, on le considérera comme un bruit de tympanisme perverti, comme un son tympanique à timbre spécial, au niveau des cavernes très spacieuses et des collections gazeuses du pneumothorax.

On l'obtiendra parfois, comme le bruit de pot fêlé, chez les pleurétiques et les pneumoniques du côté de la lésion, surtout à gauche.

B. Dans l'aisselle, on l'a constaté, chez un malade atteint d'hydropneumothorax, au niveau de la partie supérieure de la masse liquide.

C. Dans la zone intra-dorsale à gauche, on l'a constaté, chez un malade atteint d'hydropneumothorax, au niveau du corps même de la masse liquide. Le son amphorique naît ici, de même que le son métallique ou hydroaérique constaté chez un autre malade, sous l'influence d'une consonnance gastrique.

D. On peut le rencontrer à la région inféro-dorsale chez les pleurétiques, à droite moins souvent qu'à gauche. C'est là surtout qu'il faudra éviter de confondre le son amphorique (son de matité pervertie) avec le tympanisme : cette confusion pourrait retarder une thoracentèse urgente.

L'exulcération simple de l'estomac.

M. le prof. *Dieulafoy* a communiqué à l'Académie de médecine une série d'observations d'hématémèses mortelles dues à une simple exulcération de l'estomac. La lésion est si peu apparente, qu'un certain nombre de fois, à l'autopsie ou au cours d'une opération, elle a passé à peu près inaperçue. Ainsi, récemment, un malade meurt dans le service de M. le Dr Gilbert après une hématémèse foudroyante ; à l'autopsie, l'interne ne trouve aucune ulcération, mais après un examen plus minutieux, M. Gilbert trouve une ulcération superficielle large comme une pièce de 50 centimes, au fond de laquelle il y avait une artère béante. M. Gilbert a eu un autre cas du même genre dans lequel l'opération faite par M. Hartmann ne montra rien ; mais à l'autopsie faite peu après on trouva une ulcération superficielle et une artère béante au fond.

Deux autres observations ont été publiées par M. Luys et par MM. Lépine et Bret. Cela fait donc sept observations à peu près identiques. Voilà donc une lésion tout à fait superficielle qui amène la mort du malade quand il n'est pas opéré à temps.

D'où viennent ces ulcérations ! Ces malades n'étaient pas tuberculeux, ils n'était pas syphilitiques ; il ne s'agissait pas non plus d'exulcérations urémiques. Deux de ces malades étaient alcooliques, les autres ne l'étaient pas. Jusqu'à plus ample informé, nous appellerons cela une exulceratio simplex. Cette exulceratio simplex n'est-elle pas le premier stade de l'ulcère confirmé ? Pour que la chose fût à peu près certaine, il faudrait faire l'autopsie d'un malade mourant d'un ulcère simple de l'estomac et chez lequel on trouverait en même temps une exulceratio simplex en voie d'évolution. Cette observation a été publiée, par M. Bazy à la société anatomique. Cette exulceration simplex paraît bien être le premier stade de l'ulcus simplex de Cruveilhier. Si la maladie ne va pas plus loin, c'est que le malade meurt d'hémorrhagie.

Il n'y a pas de symptomatologie spéciale pour cette exulcération. Préventivement on ne peut rien faire, mais quand le malade a eu plusieurs fois des hémorrhagies considérables et qu'il est exsangue, cela prouve qu'il y eut une grosse artériole ouverte et qu'il faut opérer.

M. Hayem et M. Lancereaux combattent l'opération trop précoce et rappellent qu'outre la glace et le ratanhia, contre les hématémèses provenant d'exulcérations stomacales, il y a une variété assez fréquente d'ulcère stomacal caractérisée surtout par des hémorrhagies et qui guérit spontanément quand on ne fait prendre au malade qu'une petite quantité de lait en plusieurs fois dans la journée. Dans un autre cas du même genre, un malade très exsangue a guéri par la transfusion. On a fait des injections de sérum dans des cas analogues. Avant de faire une opération en pareil cas et de courir le risque de voir le malade mourir du fait de l'opération, il est indiqué d'employer les moyens simples que les médecins ont à leur disposition.

M. Fournier rapporte des cas de guérison rapide d'ulcérations stomacales syphilitiques par l'administration de l'iodure de potassium.

L'Electricité contre la neurasthénie.

M. le Dr *G. Apostoli* a recommandé, dans une des dernières séances de l'Académie, l'application des courants de haute fréquence de d'Arsonval au diagnostic et au traitement de certains cas de neurasthénie.

D'une manière générale, les applications partielles et localisées, soit faradiques, soit galvaniques, doivent céder le pas, surtout au début de la cure de la neurasthénie, aux applications générales et en particulier soit aux bains statiques, soit aux bains alternatifs des courants à haute fréquence.

Plus la neurasthénie se compliquera de troubles nerveux périphériques (tels que l'hémianesthésie d'origine hystérique), plus elle sera justiciable du mode électrique dont la localisation périphérique atteint le maximum de tension (statique ou franklinisation).

Dans les formes arthritiques, au contraire, où le processus nutritif est manifestement en souffrance, après la statique, ce sont les courants

de haute fréquence qui trouveront leur meilleure indication.

L'appropriation, à tel ou tel cas, de tel ou tel mode électrique trouve sa première justification dans la tolérance ou l'intolérance des malades révélée par la clinique.

Ainsi les *hystériques en état d'anesthésie* plus ou moins complète, ou d'hypo-excitabilité cutanée (hémianesthésiques) ne sont généralement justiciables que de la statique. Le bain statique simple, aidé du souffle, peut suffire à la cure de certains cas, mais il faut généralement lui associer la révulsion par des *étincelles* qui, localisées sur la colonne vertébrale et d'ailleurs bien supportées, procurent à la plupart de ces malades une amélioration presque constante.

Il convient, d'autre part, chez les *hystériques hyperesthésiques*, d'appliquer le même traitement statique, mais à doses très modérées, à l'aide de séances courtes avec le bain simple et sans révulsion par des étincelles.

Or, les mêmes malades *hystéro-anesthésiques* sont généralement peu ou pas justiciables des hautes fréquences et, dans tous les cas, supportent souvent moins bien l'*auto-conduction* par le grand solénoïde ou n'en retirent qu'un bénéfice peu sensible.

Les arthritiques, au contraire, et en général tous les ralentis de la nutrition, non entachés d'hystérie, seront généralement très sensibles au choc des étincelles statiques qu'ils supportent mal et retireront un plus grand bénéfice clinique du traitement par les hautes fréquences,

Dans plusieurs circonstances, chez beaucoup de neuro-arthritiques, il y aura lieu d'associer soit successivement, soit simultanément les deux traitements (statique et haute fréquence) pour activer et compléter la cure de la neurasthénie.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

Diagnostic de la syphilis tertiaire du larynx.

Parmi les affections graves du larynx, il en est peu dont le diagnostic précoce présente autant d'intérêt pour le malade menacé, dans le présent, d'accidents immédiats des plus graves et dans l'avenir de l'établissement de lésions indélébiles. Méconnaissez une phtisie laryngée, un cancer du larynx, confondez ces affections avec une laryngite chronique banale, vous aurez à vous reprocher une colossale erreur de pronostic ; mais, il faut bien l'avouer, en quoi pourriez-vous être accusé d'avoir nui à votre malade ? Quelle thérapeutique sûrement efficace eussiez-vous donc instituée contre ces lésions, si vous en aviez plus tôt reconnu la nature ? Je parle ici d'un traitement curateur, et non des nombreux moyens palliatifs qui vous eussent du moins permis d'apporter quelque soulagement à votre malade.

Votre situation et votre rôle seront tout autres vis-à-vis d'une laryngopathie tertiaire : ici les lésions peuvent être enrayées par un traitement approprié, à toutes les phases de leur période d'activité ; abandonnées à elles-mêmes, elles aboutissent par une évolution relativement rapide, à des pertes de substance et à des cicatrisations vicieuses irrémédiables et quelquefois incompatibles avec l'existence.

Voici un malade dont la voix a commencé à s'altérer il y a cinq semaines et qui, depuis un mois, est gêné pour respirer : la dyspnée est surtout considérable depuis dix jours ; il a passé les six dernières nuits dans un fauteuil ; la trachéotomie va s'imposer d'ici peu. Après examen du larynx, j'engage son médecin à le soumettre à un traitement ioduré intensif ; l'oppression cesse en quelques jours et le malade, qui avait présenté pendant quelques semaines la plupart des symptômes d'une phtisie laryngée à évolution rapide, guérit complètement. On ne saurait espérer obtenir le même résultat chez cet autre malade qui vint me trouver, il y a quelques semaines, pour des troubles laryngés dont le début remonte à dix ans : la voix est faible, cassée, discordante, par moments presque éteinte ; l'examen laryngoscopique fait constater une immobilisation de la moitié gauche du larynx qui est déformée, épaissie, sclérosée ; la corde vocale de ce côté est en grande partie détruite ; le malade est syphilitique et on ne saurait douter que ces lésions ne soient le reliquat d'altérations spécifiques pour lesquelles le malade n'a jamais été soigné. Le traitement n'aura aucune prise sur ces cicatrices vicieuses et le patient gardera ses troubles phonatoires.

A quels signes reconnaîtrez-vous donc la syphilis du larynx ? J'ai indiqué dans une clinique précédente (*Concours médical*, 2 mai 1896) les caractères des lésions laryngées de la période secondaire : je n'y reviens pas. Les laryngopathies tertiaires se traduisent par deux ordres de signes, les uns subjectifs, les autres objectifs.

Les premiers sont des symptômes banaux, ne permettant en rien de préjuger de la nature des lésions laryngées ; ce sont des signes communs à la plupart des affections graves du larynx et n'offrant aucun caractère spécial dans le cas présent. Ce sont, le plus souvent, des troubles vocaux allant depuis l'enrouement jusqu'à l'aphonie, auxquels peuvent s'ajouter, mais d'une façon inconstante, de la dyspnée, une expectoration purulente, des douleurs à la déglutition. L'apparition de ces symptômes est le plus souvent d'origine récente quand le malade vient consulter le médecin ; leur début remonte à quelques semaines, à deux ou trois mois au plus. Les troubles respiratoires peuvent avoir débuté rapidement, presque brusquement, sans avoir été précédés d'autres signes que d'un peu d'enrouement et aboutir, en quelques heures, à une orthopnée des plus inquiétantes ; le plus souvent ils s'accusent lentement, insensiblement, à mesure que la sténose augmente. La douleur à la déglutition n'est pas un symptôme fréquent ; elle est rarement très prononcée ; elle peut toutefois irradier jusque vers l'une ou l'autre oreille. Lorsqu'elle existe, l'expectoration est peu abondante : ce sont des crachats épais, jaunâtres, quelquefois teintés de sang. Ces divers signes sont rarement réunis chez le même malade, mais il suffit que l'un d'eux existe pour que l'attention soit attirée sur le larynx.

Les signes objectifs fournis par l'examen laryngoscopique sont les seuls qui permettent de reconnaître la nature spécifique des accidents. Selon la phase évolutive où seront parvenues les lésions au moment de l'examen, on consta-

tera l'existence d'une tuméfaction de nature gommeuse, d'une ulcération, d'une périchondrite ou d'une cicatrice.

Théoriquement la *gomme* est un nodule, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, située dans la muqueuse ou au-dessous d'elle ; en pratique on a rarement l'occasion d'observer dans le larynx la gomme sous cet aspect. Il est exceptionnel que la lésion gommeuse se présente sous l'apparence d'une saillie bien circonscrite ; les tissus voisins sont presque toujours tuméfiés sur une certaine étendue, si bien qu'au lieu d'une tumeur nettement limitée on observe une tuméfaction diffuse, lisse, une voussure de la muqueuse qui est en même temps le siège d'une hyperhémie plus ou moins accentuée, rappelant la rougeur inflammatoire. Donc, tuméfaction et rougeur, voilà les deux principaux signes de la gomme. Cette tuméfaction peut siéger en un point quelconque du larynx sur l'épiglotte, sur l'une des cordes supérieures ou inférieures, sur les aryténoïdes, les replis aryténo-épiglottiques ; la face postérieure du larynx est cependant rarement atteinte. En général, cette infiltration est unilatérale, c'est-à-dire que la gomme est unique ; il peut cependant se développer simultanément plusieurs gommes en des points différents dans le même larynx.

La gomme ne garde d'ordinaire pas longtemps cet aspect et il faut examiner le malade assez près du début des accidents pour surprendre *les lésions avec les* caractères que je viens de leur décrire. Après un nombre de jours fort variable, mais qui ne dépasse pas en général dix à vingt, la gomme s'ulcère.

L'*ulcération* gommeuse offre ici les mêmes caractères que sur les autres muqueuses : bords taillés à pic entourés d'une zone d'infiltration hyperhémiée, fond jaunâtre et bourbillonneux. Mais je dois faire remarquer que cet aspect caractéristique se perd assez rapidement dans bon nombre de cas, des infections secondaires venant se greffer sur l'infection primitive : l'envahissement du foyer par les streptocoques et les staphylocoques, dénature en quelque sorte l'ulcération et tend à la transformer en une ulcération banale. Toutefois les caractères spécifiques de la perte de substance ne sont pas complètement effacés par cet envahissement et restent reconnaissables à un œil exercé.

Quoi qu'il en soit, que le foyer soit ou non le siège d'une infection secondaire, l'ulcération creuse en profondeur et s'étend progressivement, détruisant les tissus.

Dans cette marche extensive, les lésions peuvent atteindre le périchondre. Tantôt celui-ci est le siège d'une infiltration gommeuse : il peut alors être atteint d'emblée avant toute ulcération. Tantôt il s'enflamme consécutivement à la pénétration dans le foyer ulcéré de microbes pyogènes qui, transportés jusqu'à lui, provoquent à son niveau une réaction plus ou moins vive. Cette *périchondrite* se traduit, avant toute ulcération, par une tuméfaction œdémateuse de la région atteinte (épiglotte, aryténoïde, cricoïde, etc.) ; après ouverture du foyer, par la présence du fond de l'ulcération d'un point cartilagineux dénudé, perceptible au toucher à l'aide d'un stylet laryngien. Le cartilage sous-jacent se nécrose et s'élimine par fragments qu'on peut voir faire saillie dans la lumière du larynx : cette élimination ne se fait pas sans une longue suppuration.

La guérison peut se faire spontanément, mais au prix de *cicatrices* et de *déformations* indélébiles. L'épiglotte détruite dans une plus ou moins grande étendue, perd sa forme, se soude à la base de la langue, se trouve attirée à droite ou à gauche par une bride cicatricielle. Les bandes ventriculaires se rétrécissent et s'amincissent, laissant largement à découvert l'entrée des ventricules et les cordes vocales inférieures qui paraissent élargies. Lorsque les ulcérations occupent le bord des cordes vocales, elles laissent à leur suite des échancrures profondes qui empêchent l'affrontement parfait des deux lèvres de la glotte : parfois elles aboutissent à la constitution d'adhérences entre les deux cordes, ou bien encore à la formation d'une véritable membrane qui comble en partie l'ouverture de la glotte. Les cicatrices qui occupent la partie postérieure des cordes ou la paroi postérieure du larynx immobilisent l'un des aryténoïdes ou les deux et gênent le fonctionnement des cordes. Ce sont là autant de causes nouvelles de troubles phonatoires et respiratoires ; les cicatrices sous-glottiques sont particulièrement gênantes pour la respiration.

Dans quelques cas, les déformations observées à la suite des laryngopathies tertiaires ne sont pas dues à des cicatrices vicieuses, mais à une infiltration chronique, à une véritable néoplasie conjonctive localisée à certaines parties du larynx ou étendue à tout l'organe (laryngite hyperplastique).

Les caractères que vous venez de m'entendre assigner aux infiltrations ou aux ulcérations gommeuses, accompagnées ou non de périchondrite, suffisent, chez la plupart des malades, à faire reconnaître d'emblée leur nature spécifique. Je ne voudrais cependant pas vous laisser croire qu'il en soit toujours ainsi : ces caractères peuvent être moins nets, moins tranchés et laisser une place au doute dans votre esprit. C'est alors qu'il vous sera nécessaire d'analyser, de près, les signes objectifs des lésions et, d'autre part, de chercher dans le reste de l'organisme l'existence d'altérations à caractères plus nets, mais pouvant être rattachées à la même cause et venant confirmer un diagnostic jusqu'alors hypothétique.

Dans l'étude du diagnostic différentiel, on peut distinguer trois cas selon que l'examen laryngoscopique a fait constater une simple tuméfaction, une ulcération ou une cicatrice.

1° Tuméfaction. Il peut s'agir d'une gomme circonscrite, d'une infiltration diffuse, d'un œdème inflammatoire consécutif à une périchondrite.

La gomme circonscrite constitue une tumeur arrondie, lisse, à développement, rapide et ne tardant pas à s'ulcérer. Les divers *néoplasmes* qui pourraient la simuler, ne reposent pas sur une muqueuse aussi rouge, aussi congestionnée.

L'infiltration gommeuse rappelle l'aspect d'un *œdème* inflammatoire, mais sans être d'ordinaire accompagnée de phénomènes réactionnels aussi accusés. Les œdèmes inflammatoires ne sont d'ailleurs pas des plus communs dans le larynx : ils reconnaissent le plus souvent une cause nettement déterminée (corps étranger, brûlure par une vapeur ou un liquide chaud), ils s'accompa-

gnent de fièvre, de douleurs spontanées et d'élancements dans la région du larynx, phénomènes qui n'appartiennent pas à la symptomatologie de l'infiltration gommeuse.

Il est cependant un cas où le diagnostic devient particulièrement difficile, c'est celui où la tuméfaction observée résulte d'un œdème véritable causé par la réaction inflammatoire des tissus, sous l'influence d'une infection secondaire des ulcérations ; celles-ci étant plus ou moins marquées par le gonflement de la muqueuse, l'étude de leurs caractères ne peut plus guider dans la recherche du diagnostic. Aussi est-il vraisemblable qu'un certain nombre d'œdèmes aigus, dits primitifs, du larynx, survenant sans cause appréciable ou attribués au froid, ne sont que l'expression d'une laryngopathie syphilitique.

A l'inverse des lésions gommeuses, les infiltrations tuberculeuses font rarement penser à un œdème inflammatoire : à leur niveau la muqueuse est plutôt pâle, atone ; le larynx, dans son ensemble, et souvent aussi le pharynx et le voile du palais, présentent la même pâleur, le même état anémique que certains auteurs considèrent comme caractéristique. Les épaississements bacillaires sont souvent symétriques ; ils sont réguliers, ne déforment pas sensiblement la région atteinte qui augmente seulement de volume ; ils siègent de préférence sur les aryténoïdes et la paroi postérieure du larynx ; enfin ils ne s'ulcèrent pas ou ne le font que tardivement.

2° Ulcérations. Vous serez exposés à les confondre surtout avec les ulcérations tuberculeuses et cancéreuses.

Les ulcères tuberculeux ont des bords mal limités, déchiquetés, décollés et non pas des bords nets, épais, taillés à pic ; ils creusent moins en profondeur et surtout moins rapidement ; ils restent superficiels et ne s'étendent que lentement en surface ; cette extension se fait souvent par la réunion à l'ulcère principal de petites ulcérations situées à son voisinage ; les tissus environnants sont pâles, mous et non pas œdémateux, rouges et fermes, comme dans la syphilis. Leur siège de prédilection est la région postérieure du larynx. Pour peu qu'ils soient nombreux ou étendus, ils fournissent une si grande quantité de mucosités purulentes que les parois du larynx baignent en quelque sorte dans le pus.

Dans le cancer la lésion est unilatérale ; l'ulcération saigne facilement, elle est souvent recouverte de fongosités sanieuses et bourgeonnantes ; les ganglions correspondants sont souvent tuméfiés, ce qui n'est pas le cas dans les laryngopathies tertiaires. Mais, fait essentiel, cette ulcération repose sur une tumeur qui s'accroît progressivement ; quelque étendue, quelque profondeur que présente la perte de substance, la lésion donne toujours à l'observateur la sensation d'un néoplasme développé dans le larynx.

3° A la période de cicatrisation il est encore possible de reconnaître la marque de fabrique de la syphilis. La blancheur des cicatrices, leur aspect rayonné, mais surtout leur étendue, ainsi que l'intensité de la déformation et de la sténose sont en quelque sorte caractéristiques.

Les divers signes différentiels que j'ai indiqués permettent dans la majorité des cas d'établir un diagnostic ferme et précis, même en l'absence de tout antécédent syphilitique avoué par le malade. Il est d'ailleurs indispensable d'être prêt à se faire une opinion sans avoir aucun renseignement sur l'existence d'accidents spécifiques antérieurs, le malade pouvant de bonne foi méconnaître la syphilis. Il n'en est pas moins vrai que les commémoratifs et l'examen minutieux des autres organes sont à même de nous donner des indices dont on aurait grand tort de se priver chaque fois qu'on peut y avoir recours. Si le malade est un syphilitique avéré, il y a de grandes chances pour que les lésions laryngées soient spécifiques ; s'il est tuberculeux, s'il est porteur d'un lupus cutané, vous serez peu exposés à vous tromper en leur assignant une origine tuberculeuse ou lupique.

Dans les cas où, malgré ces présomptions, vous douterez de la nature des lésions, — et vous en aurez le droit, un syphilitique n'étant pas à l'abri de la tuberculose et inversement un phtisique pouvant être en même temps syphilitique, — n'hésitez pas à soumettre le malade à un traitement spécifique d'épreuve ; faites-lui prendre pendant deux semaines, trois ou quatre grammes d'iodure de potassium par jour et observer ce qui va se passer dans le larynx. S'il s'agit de syphilis, la tuméfaction va diminuer, les ulcérations vont se déterger et entrer en voie de cicatrisation, les symptômes fonctionnels vont rapidement s'améliorer ; au cas contraire, aucune modification ne se produira. Dans tous les cas suivez votre malade avec soin, car le premier effet de la médication iodurée, même dans les cas de syphilis avérée, est parfois une poussée d'œdème laryngé qui aggrave les troubles fonctionnels préexistants et oblige alors à suspendre le traitement ; en pareil occurrence, n'hésitez pas à soumettre le malade aux frictions mercurielles : telle laryngopathie tertiaire qui résiste à l'iodure ou réagit trop vivement sous son influence guérit admirablement par le traitement hydrargyrique.

Ne vous fiez pas à l'âge du malade pour éliminer *la syphilis s'il s'agit d'un enfant*, pour diagnostiquer un cancer s'il s'agit d'un vieillard : ce sont là des signes de probabilité des plus trompeurs. La syphilis peut frapper le larynx de nourrissons de quelques jours ou de quelques semaines dans sa forme héréditaire précoce ; le larynx de malades de cinq à vingt ans et plus dans sa forme héréditaire tardive ; d'autre part les laryngopathies tertiaires s'observent chez des vieillards ayant dépassé 65 ou 70 ans.

En terminant, je désire vous mettre en garde contre une erreur que vous serez exposés à commettre si vous croyiez pouvoir diagnostiquer une lésion gommeuse du larynx chez un syphilitique uniquement d'après l'existence de troubles phonatoires et respiratoires et sans l'examen laryngoscopique : les mêmes modifications de la voix et de la respiration peuvent être produites chez ce malade par une paralysie des muscles laryngés, d'origine syphilitique il est vrai, mais sans trace d'altérations de la muqueuse laryngée ; la lésion siège alors, non pas dans le larynx, mais sur le trajet du récurrent ou bien au niveau de son origine.

Dr M. Boulay,
ancien interne des hôpitaux.

HYGIÈNE

Tuberculose et Mariage.

Le médecin est souvent consulté sur la question de savoir si le mariage est permis à une jeune fille ou un jeune homme atteint ou soupçonné de tuberculose.

En principe, sa réponse ne saurait être douteuse. Dans l'intérêt de la famille, et par suite, de l'espèce, il serait à désirer que les alliances ne se fissent jamais qu'entre jeunes gens de santé irréprochable.

Mais le médecin n'est jamais consulté sur la question *de principe*, il est toujours consulté sur un cas particulier. Et ce cas particulier est composé d'éléments tellement multiples, compliqué de considérations tellement diverses, que le médecin hésite sous le poids de la responsabilité qui lui incombe.

Le principe reste immuable dans son esprit, mais les faits l'entraînent souvent à des concessions d'autant plus faciles qu'il se dit, à part lui que bien des gens lui demandent un conseil avec l'idée arrêtée de ne le suivre que s'il est conforme à leurs désirs.

Un jeune médecin voit arriver, à sa consultation, un de ses clients qu'il soignait, depuis plus d'un an, pour une tuberculose non aiguë. Le malade avait, ce jour-là, l'air épanoui *d'un homme auquel il vient d'arriver une* chose heureuse, et, de fait, en l'examinant, le médecin le trouva fort amélioré et ne lui cacha pas sa satisfaction.

« Pensez-vous, docteur, que je puisse me marier ? »

Situation du médecin.

Dire à ce brave garçon toute sa pensée serait vouloir lui donner le coup de la mort ; le laisser réaliser son projet serait se rendre complice d'une mauvaise action. Il essaya de gagner du temps et demanda deux ans de traitement avant de pouvoir donner son autorisation.

Le malade partit fort contristé et ne revint plus jamais.

Dix ans plus tard, les hasards de la vie remirent ces deux hommes en présence. Le phtisique s'était marié au lendemain de la consultation ; il semblait parfaitement guéri ; ses enfants, déjà grands étaient superbes.

Pour lui, il n'avait jamais été poitrinaire, le médecin s'était grossièrement trompé à son sujet. Mon Dieu, oui il s'était trompé, non pas dans son diagnostic, mais dans son pronostic. A côté de ce cas heureux, depuis dix ans, il a vu trop souvent les évènements justifier ses craintes ; mais, désormais, plus tolérant, moins pessimiste, il a acquis la conviction que l'avenir de la phtisie dépend au moins autant du malade que de la maladie.

Il a quelques cheveux blancs de plus, quelques illusions de moins, il se défie de ses formules impitoyables du début de la carrière ; il pèse chaque cas particulier, donne un avis motivé et laisse les intéressés conclure à leur guise. Et voilà comment l'intransigeant le plus farouche devient peu à peu l'opportuniste le plus conciliant.

*
* *

De tout temps, les médecins ont été frappés du rôle cruel que joue la phtisie dans certaines familles.

De là à conclure que la tuberculose est héréditaire, il n'y avait qu'un pas. Ce pas fut vite fait. Mais quand on en vint à vouloir fixer les règles de cette hérédité, on se heurta aux résultats les plus incohérents.

Pour les uns, sur 6 phtisiques, il y a 5 héréditaires ; pour les autres, il y a, tout au plus, 1 sur 7, et même certains médecins modernes en arrivent presque à mettre en doute la réalité de l'influence héréditaire.

Et, de fait, quand on étudie la physionomie des familles entachées de tuberculose, on la trouve tellement variable que l'hérédité semble passer au second plan. Les tableaux dressés par Leudet sont très instructifs à cet égard. Ils prouvent que l'hérédité est possible, qu'elle est même propable, mais qu'elle a moins d'influence qu'on ne s'accorde à le croire.

Un père et une mère phtisiques ont un enfant. Celui-ci va être vigoureux pendant de longues années, et voilà qu'à quinze ans, vingt ans ou trente ans, il devient tuberculeux.

Si l'on avait pu constater qu'en venant au monde, il présentait les germes du mal, on pourrait, à la rigueur, admettre que ces germes ont sommeillé aussi longtemps, ce qui, d'ailleurs est assez invraisemblable. Mais cette preuve directe, malgré toutes les recherches, n'a jamais pu être fournie.

Il est infiniment plus probable que les parents lèguent à leurs enfants non les germes de la tuberculose mais un tempérament propice à l'évolution de ces germes. C'est là une notion consolante, car ces prédiposés pourront ne jamais devenir des malades, si une éducation hygiénique bien comprise vient modifier heureusement leur organisme et s'ils sont tenus à l'abri de toute chance de contagion.

Il n'est peut-être pas une seule famille dans laquelle on ne trouve, en remontant le cours des générations, au moins une de ces tares pathologiques qui passent pour être héréditaires : cancer, folie, diabète, tuberculose, etc., etc. Il serait inhumain et maladroit de faire peser trop lourdement ces souvenirs sur ce descendant. Si l'on veut ne marier que les gens de souche irréprochable, autant vaut supprimer, tout de suite, l'institution du mariage.

*
* *

Dans le développement de la tuberculose, le rôle prépondérant appartient à la contagion. Mais de toutes les contagions celle-ci est peut-être la plus sûrement évitable, car nous en connaissons le mécanisme de la façon la plus certaine.

C'est par les crachats et uniquement par les crachats qu'elle se reconnaît. Des expériences concluantes ont démontré que les phtisiques ne sont pas dangereux, ni par leurs sueurs, ni par leur voisinage, ni même par l'air qu'ils ont respiré.

Qu'ils soient frais ou secs, les crachats sont également virulents. Pour se défendre contre eux, toutes les mesures d'hygiène et de propreté doivent être mises en œuvre, et, si elles sont bien prises, tout danger disparaît. Il ne saurait entrer dans ma pensée de les énumérer toutes

par le détail; je me bornerai à signaler les principales qui doivent être désormais du domaine public.

Quand la tuberculose frappe dans un ménage, il importe d'éloigner les enfants et d'obliger les époux à faire deux lits et même deux chambres. Il va sans dire que le malade ne doit jamais se douter du motif qui dicte ces précautions. Il sera facile de lui faire comprendre que les enfants sont trop bruyants et qu'il reposera mieux s'il couche seul.

L'idéal de la chambre du malade serait une vaste cellule aux murs nus et lisses, aux meubles rares, dépourvue de ces bibelots charmants, mais inutiles, qui rendent toute désinfection impossible. Cet idéal de l'hygiène ne serait pas l'idéal de la gaieté. Aussi je me bornerai à demander deux suppressions, celle des rideaux du lit et surtout celle du tapis inamovible qui recouvre tout le sol de la chambre. Avec ce dernier, pas d'antisepsie possible. Qu'on balaie ou qu'on marche, les armées de microbes casernées dans sa trame se mobilisent immédiatement et entrent en campagne. Il faut un bon parquet, bien lisse, bien joint, qu'on pourra laver tous les matins avec une solution désinfectante.

Les fenêtres, toujours largement ouvertes, déverseront à flots l'air et la lumière, ces grands destructeurs de microbes.

Tous les quinze jours, le tuberculeux changera de chambre, et on profitera de son déménagement pour faire passer, à l'étuve sous pression, la literie et les étoffes, et pour pulvériser sur les murs et les meubles un liquide antiseptique.

Toutes les expectorations devront être recueillies dans un crachoir de faïence ou de verre ne renfermant ni sciure de bois, ni sable, ni aucun de ces corps pulvérulents qui, emportés par le vent, sont d'excellents véhicules pour les bacilles.

Ce récipient sera à moitié plein d'une solution à base de sublimé, d'acide phénique, de thymol ou de crésylol. Matin et soir, il sera plongé avec son contenu, pendant cinq minutes, dans l'eau bouillante.

C'est la déchéance absolue du mouchoir, si commode pour les gens qui toussent, mais si dangereux quand les pthisiques prennent l'habitude de cracher dedans.

Ces quelques mesures peuvent, à la rigueur, s'appliquer dans les familles aisées ; elles deviennent lettre morte pour les malheureux et même pour les fortunés qui courent les aventures d'un voyage aux pays du soleil.

Vingt heures de séjour en vase clos, dans la boîte capitonnée, idéal de l'infection forcée, qui s'appelle un compartiment de première classe. J'aime mieux les wagons à bestiaux : ceux-là, du moins, les Compagnies les désinfectent, ce qu'elles négligent de faire pour les trains de luxe qui transportent par milliers les phtisiques dans le Midi.

Puis, c'est la chambre d'hôtel ou la villa meublée dans laquelle un tuberculeux vient de mourir : un coup de balai, des draps blancs et la voilà prête à recevoir une nouvelle victime.

Il n'est pas jusqu'aux livres des cabinets de lecture qui ne soient à redouter. Au beau milieu du roman, le malade tousse, envoie des *postillons* sur les feuillets, et la contagion fait le tour des abonnés !

Sur tous ces points, et d'autres encore que je passe sous silence, la police sanitaire pourrait utilement intervenir. Il ne suffit pas de prêcher aux familles les saines doctrines de l'hygiène ; elles resteront sans effet si les pouvoirs publics ne donnent pas énergiquement l'exemple.

Il y aura bien des réclamations bruyantes, mais les intérêts privés doivent se taire quand l'intérêt de tous est en jeu.

Grâce aux mesures d'hygiène bien prises, dont le malade est le premier à bénéficier, son entourage sera mis à l'abri des chances de contagion.

*
* *

En résumé, et pour bien faire comprendre le fond de ma pensée, si j'avais une fille à marier et que cette fille présentât le plus léger symptôme de phtisie, je m'opposerais de toutes mes forces à ses projets, attendu que le mariage expose la femme à des fatigues et à des dangers, grossesse, lactation, etc., qui ne peuvent avoir qu'une influence fâcheuse sur le cours de la maladie.

Mais supposons ma fille bien portante. Elle s'éprend d'un jeune homme tuberculeux ! Il n'y a rien de fait !

Je n'en dirai pas autant si ce garçon bien portant n'a contre lui autre chose que d'avoir perdu un de ses ancêtres, voire même un de ses parents directs, de la tuberculose. Certes, il ne représente pas mon idéal ; mais, tel qu'il est, il ne m'autorise pas à un refus catégorique. Et quand l'esprit d'une fille travaille, un père fait comme il peut !

Et si, plus tard, le malheur veut que mon gendre devienne phtisique, je ne perdrai pas pour cela toute espérance, mais j'exigerai de sa femme que, dans son intérêt, dans l'intérêt du malade et dans l'intérêt de mes petits-enfants, elle s'entoure de précautions minutieuses, contre la contagion, bien autrement redoutable que l'hérédité !

Et quand je saurai que les mesures sont bien et sérieusement prises, j'aurai la consolation de pouvoir me dire que rien n'est perdu, ni dans le présent, ni dans l'avenir !

Dr Léon Petit,
Secrétaire général de l'Œuvre des Enfants tuberculeux.

L'alcoolisme en Allemagne.

La *Revue des Sciences médicales* donne, d'après un journal d'hygiène de Berlin, des détails intéressants sur l'alcoolisme en Allemagne et les moyens qu'on a employés pour le combattre.

De 1838 à 1848, les Sociétés allemandes, qui prêchaient l'abstention de l'eau-de-vie, eurent un certain succès, surtout à Osnabruck (20 p. 100 d'abstinents), et dans le grand-duché d'Oldenbourg (17 p. 100). Leur échec final suspendit la lutte entreprise contre les ravages de l'alcool jusqu'en 1884, où se fondèrent simultanément plusieurs associations différant des anciennes en ce qu'elles ne s'attaquaient pas uniquement à l'eau-de-vie, mais aussi à la bière et au vin. Ces associations sont : 1° les *Antialcooliques* au nombre seulement de 200; 2° les

Bons Templiers, qui comptent 1.200 membres répartis en 39 loges. Bode ne croit pas à l'avenir de ces Sociétés dont la prétention ne tend à rien moins qu'à la suppression de toute boisson fermentée ; 3° la *Croix Bleue*, qui a 57 Sociétés locales et 3.495 membres dont 384 buveurs corrigés depuis plus d'un an ; 4° la *Ligue contre l'abus des boissons alcooliques* qui, de beaucoup la plus importante, comprend 9.000 membres. Son but est plus modeste et plus accessible que celui des précédentes, car elle n'exige pas même l'abstinence de ses propres membres.

Ses moyens d'action sont : 1° les conférences ; 2° les publications populaires ; la ligue répand annuellement environ 50.000 brochures dont la plus grande partie est achetée et non donnée ; d'autre part, ses deux journaux se tirent à 20.000 exemplaires ; 3° l'amélioration des institutions ouvrières.

A. *Cabarets de tempérance.* — Le premier a été ouvert en Allemagne, à Berlin, le 14 septembre 1880 ; en 1882, Brême suivit l'exemple ; en 1883, Kœnigsberg ; puis rapidement, dans toutes les villes importantes, et même dans les petites localités, se fondèrent des établissements semblables. En 1891, les 25 cabarets de tempérance de Hambourg ont débité, outre d'autres boissons rafraîchissantes et des portions d'aliments, 1,777,091 tasses de café, celui de Capel, en 1892-93, 125,520 ; celui de Lubeck, en 1894, 80,096 ; ceux de Francfort-sur-le-Mein, en 1893, 228,632 ; et les 3 de Berlin, dans la même année, 685,160.

B. *Maisons du peuple.* — Leurs services sont encore plus étendus : elles servent de centre de réunion, de cercle aux membres de la ligue, moyennant une cotisation annuelle de 2 fr. 50. Toute personne y est admise sans être obligée de consommer ; sur toutes les tables se trouve une carafe d'eau et il n'est pas fourni d'autre boisson alcoolique qu'une bière légère. Chacun peut s'y procurer un bon repas de midi pour la somme de 0,30 centimes. Dans les salles adjacentes ont lieu des cours, des conférences et des concerts.

C. *Lieux de traitement pour buveurs.* — L'Allemagne possède actuellement 18 de ces établissements, dont 16 créés depuis 1883 ; 4 sont dirigés par des médecins et 2 sont réservés aux femmes.

Les mesures de réglementation et de législation constituent le quatrième et dernier moyen d'action de la Ligue. Dans la province rhénane, la Westphalie et la Haute-Silésie, le débit de l'eau-de-vie est interdit avant 8 heures du matin et l'heure réglementaire de la fermeture de l'établissement est prématurée le soir. Dans plusieurs cercles, la vente de boissons à crédit entraîne le retrait de la licence. Les communes de Gelsenkirchen ont énergiquement poursuivi, depuis 1879, la réduction du nombre de leurs cabarets et débits d'eau-de-vie ; celui des premiers est tombé de 1 pour 129 habitants à 1 pour 369, et celui des seconds de 1 pour 4.786 à 1 pour 10.866. Des localités ayant 11.000 et même 15000. habitants ne renferment plus un seul débit d'alcool.

Une loi hessoise de 1886 limite le nombre des débits suivants les besoins de la population. D'autre part, le nouveau Code civil allemand a inscrit l'ivrognerie au rang des motifs d'interdiction.

Voici maintenant quelques-uns des résultats acquis. Au lieu d'augmenter, comme jadis, le nombre des débits de boissons a considérablement diminué. En Prusse, il s'est abaissé de 615 par 100.000 habitants en 1879, à 535 en 1893. En Saxe de 692 à 559. Dans la ville de Cassel, en 1881, il y avait un débit d'eau-de-vie pour 159 habitants ; en 1894, il n'y avait plus qu'un sur 222. En 1881, on consommait par tête, 15 l. 2 d'eau-de-vie à 50° ; en 1894 seulement 8 l. 8. En même temps la consommation de la bière tombait de 207 à 189 litres par habitant.

En revanche, la consommation de la bière s'est accrue en d'autres endroits. Quant à la consommation générale de l'eau-de-vie, elle a éprouvé une diminution importante en Allemagne ; de 1880 à 1886, elle était évaluée à 6 l. 09 d'alcool absolu par habitant, tandis que maintenant elle n'est plus que de 4 l. 4, ce qui représente 27 p. 100 en moins. Depuis 1887 125.000 hectares, dont les pommes de terre étaient transformées en alcool, sont récupérés pour l'alimentation humaine. Le progrès est sensible aussi dans les hôpitaux. La Charité, de Berlin, qui est l'établissement d'Allemagne qui reçoit le plus d'alcooliques, a vu le chiffre des entrants s'abaisser. De 1883 à 1888, les hôpitaux de Slesvig-Holstein (non compris les cliniques universitaires) traitaient 2 cas 13 de délire alcoolique pour 10.000 habitants. De 1889 à 1894, ils n'en ont plus traité que 1,68 et dans les villes, la mortalité de ce chef par 10.000 habitants s'est réduite de 1,25 à 0,83.

CORRESPONDANCE

Responsabilité d'honoraires.

21 décembre 1897.

Monsieur et honoré Confrère,

Permettez-moi d'avoir recours aux lumières du *Concours médical* au sujet de certaines difficultés soulevées par un client récalcitrant. Au mois de juin 1896, je suis appelé près d'un enfant de 12 ans qui s'était cassé la cuisse ; je lui prodigue tous les soins voulus, je le guéris et à la fin de l'année, je présente mon compte qui s'élevait à la modeste somme de 75 francs. Pas de réponse. Je le présente de nouveau six mois après ; même silence. Flairant du mauvais vouloir de la part de mon client, je lui fais une troisième sommation au mois de septembre, qui reste infructueuse comme les précédentes. Je le fais comparaître devant le juge de paix : il refuse de payer. Je le fais citer, et enfin il est condamné. La saisie-exécution va avoir lieu, mais voilà où surgit la difficulté. Le mari ne possède plus rien : tous ses biens sont inscrits au nom de sa femme. Puis-je laisser poursuivre la saisie et même la réclamer ? La femme n'est-elle pas responsable conjointement avec le mari des frais occasionnés par la maladie de leur enfant et ne puis-je pas réclamer la saisie de ce qu'elle possède ?

Je vous serai bien obligé de m'édifier à cet égard par la voie de notre si précieux *Concours médical*. Encore un client probablement, qui fera

des gorges chaudes du bon tour joué au médecin, en retour du service rendu.

Avec tous mes remerciements, agréez, etc.

Dr H. à L. (Gironde) membre du C. M.

Réponse du Conseil judiciaire :

Il n'est pas possible de saisir les biens de la femme, en exécution d'un jugement rendu contre le mari. Il faut obtenir une déclaration de jugement commun ; ce qui sera facile, la mère étant, par application des articles 203 et suivants du Code Civil, débitrice au même titre que le père, des honoraires dus au médecin qui a soigné leur enfant. Il y a lieu d'espérer que la mère paiera, dès qu'elle se verra assignée en déclaration de jugement commun.

Me LORDEREAU, avocat.

Les questions professionnelles.

Le Péage-de-Roussillon, 5 janvier 1898.

Très honoré Confrère,

Je vous prie de m'inscrire parmi les adhérents du *Sou médical*, cette nouvelle fondation du Concours me paraissant devoir rendre autant de services aux praticiens que les autres œuvres dont je suis membre.

Malgré toutes les bonnes volontés de quelques membres, les syndicats ne peuvent dans notre région donner de résultats et même ils ne subsistent qu'à la condition de garder vis-à-vis des adhérents une grande tolérance. J'ai été en 1897 président du Syndicat de la Vallée du Rhône, qui, fondé en 1894, a, grâce à son secrétaire, le dévoué Dr La Saigne de Tournon, toujours subsisté.

J'ai voulu essayer de faire quelque chose dans l'Isère pour l'Assistance médicale gratuite. Nous en sommes à la rémunération à 0,04 par tête d'habitant; on a pu parvenir, grâce aux démarches du Syndicat du Sud-Est, du Syndicat de Grenoble, à une rémunération basée sur le chiffre des indigents inscrits et on nous fait prendre patience sous prétexte de phase d'organisation.

On avait essayé des démissions collectives; on en a recueilli un très petit nombre, dont la plupart venaient de confrères qui n'avaient jamais eu de circonscription !

Pour la répression de l'exercice illégal, notre petit syndicat voulait presque imiter le syndicat de Grenoble et faire faire des ordonnances à des agents payés. Hélas ! le syndicat de Grenoble a été débouté et condamné aux frais dans l'affaire du curé de Mens: Le digne curé n'ayant pas fait de médecine, puisque les individus soignés par lui, et qui en témoignaient, n'étaient pas vraiment malades ! Voilà où nous en sommes dans notre région et nos magistrats valent bien ceux de Paris.

Je découpe pour vous dans un journal politique une information qui pourra vous intéresser.

« Nous avons failli avoir, à Lyon, une réédition de l'affaire Laporte.

Il y a deux jours, un commerçant dont la femme venait de succomber aux suites d'une opération, avait adressé au parquet une plainte contre une sage-femme et un médecin, dont l'imprudente intervention avait, d'après lui, occasionné la mort de la malade.

M. le docteur Boyer, médecin au rapport, chargé par le parquet de faire une enquête, a déposé hier un rapport qui met complètement hors de cause les personnes incriminées.

Dans ces conditions, l'affaire a été classée, aucune suite n'y sera donnée. »

Heureusement que dans ce cas le docteur Boyer, arrivé tard à l'agrégation, a été longtemps praticien avant d'être médecin légiste et qu'il n'a pas été hypnotisé par son rôle d'auxiliaire de la justice.

Membre de l'Association amicale, j'ai touché cet été 10 journées d'indemnité, je suis heureux de n'en avoir pas eu besoin davantage, mais quelle sécurité cette institution donne et avec quelle confiance on envisage l'avenir quand, comme moi, on fait partie aussi de la Caisse des pensions de retraite.

A propos de celle-ci, j'ai reçu il y a quelques mois un avis du Dr Verdalle, le trésorier, m'informant qu'il était l'hiver à Cannes. Doit-on lui envoyer les cotisations à Cannes ou à Bordeaux. Naturellement j'ai égaré sa carte et sa nouvelle adresse et je crois que bien d'autres sont dans le même cas, n'aimant guère les paperasses. Je crois que vous rendriez service aux adhérents en publiant une information dans le *Concours* indiquant où il faut adresser les cotisations.

Je vous prie d'adresser les statuts de ces deux caisses aux docteurs Bayle, d'Annonay (Ardèche) et Chenest, de Beaurepaire (Isère).

Nous sommes submergés depuis quelque temps par des avalanches de journaux et de prospectus nous vantant la légitimité et les bienfaits des exploitations d'eaux minérales ou de médicaments par des sociétés de médecins, qui comprennent, dit-on, de grandes quantités de médecins honorables. Cela semble bien un peu louche et incorrect à notre gros bon sens de médecins campagnards et frustres qui ne connaissent pas les beautés de la dichotomie; mais on serait parfois tenté de se laisser séduire par le but humanitaire de sociétés d'eaux minérales qui délivrent des pensions et qui offrent un refuge à des confrères nécessiteux que nous connaissons et qui y ont eu recours.

D'autres s'autorisent d'un nom connu (?) comme celui d'Iscovesco, qui ne doit certes pas être un besogneux (?)

Nous nous tenons sur la réserve ici, mais qu'en pense-t-on dans les milieux sérieux ; que valent les hommes qui patronnent ces entreprises et faut-il les assimiler à des marchands de cruorine?

Veuillez excuser mon importunité, mais dans la tempête qui souffle en ce moment sur le corps médical, on ne sait de quel côté s'orienter et on songe à ceux qui comme vous ont déjà rendu tant de services aux modestes praticiens de campagne, dont votre dévoué Dr FAYARD.

Nous remercions notre correspondant de tous les renseignements qu'il nous donne sur les faits professionnels de sa région ; nous le remercions surtout du soin qu'il prend de se tenir toujours en contact avec ceux dont il partage les idées, et souhaitons que son exemple soit de plus en plus suivi, en matière de propagande,

Adresse du Trésorier de la Caisse des Pensions : Dr Verdalle, 2 cours d'Alsace, Cannes. C'est là que doivent être envoyées les cotisations, au 1er mars de chaque mois.

19 Janvier 1898.

Mon très honoré Confrère,

Veuillez me permettre de poser une question de déontologie au directeur du « Concours ».

Le médecin des décès est-il autorisé à formuler devant la famille sa propre opinion sur les causes de la mort ? Ou doit-il se contenter de faire œuvre d'expert, à la façon d'un médecin de compagnie d'assurances qui, lorsqu'il vient visiter un assuré traité par un confrère, doit s'abstenir de tout commentaire et de toute appréciation personnelle tant sur la cause que sur le traitement et les suites ?

Un exemple à l'appui de ma demande : Il y a quelques jours un de mes clients, âgé de 87 ans, succombait aux suites d'une cachexie sénile qui le tenait au lit depuis plusieurs années; ses derniers moments furent ceux d'un asystolique.

Or le médecin des décès qui vint le lendemain faire le constat, déclara aux fils que le défunt avait succombé à une fluxion de poitrine.

Comme je n'avais jamais émis cette idée pendant les derniers jours du défunt, il va de soi qu'un doute a dû subsister dans l'esprit du fils sur la valeur des soins dont son père avait été entouré, peut-être même a-t-il pu avoir l'idée que j'avais méconnu la veritable maladie.

Il me semble que le médecin des décès avait outrepassé sa mission.

Agréez, etc

Dr G. P. (Paris).

Nous estimons, avec notre correspondant, que le médecin de l'état-civil est sorti de son rôle et qu'il faut de plus un savoir eu commun pour se permettre ces rectifications de diagnostic, devant lesquelles le plus brillant des experts hésiterait avec raison.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité médicale.

Une de ses nuances vient d'être tranchée par le juge de paix d'Alger, le 9 novembre 1897, dans les termes suivants :

« Attendu que M. le docteur Aubert a fait citer les époux X... en paiement de la somme de 90 fr., montant des honoraires à lui dus pour soins donnés à la défenderesse en 1895 ;

« Que les époux X... ont formé une demande reconventionnelle en paiement de la somme de 1,000 fr. à titre de dommages-intérêts; qu'ils ont soutenu, à l'appui de leur demande, que le docteur Aubert avait été chargé de soigner la dame X..., atteinte *d'une maladie des fosses nasales* et lui avait inoculé le sérum antidiphtérique; que, d'après eux, la santé de la demanderesse en avait été ébranlée et qu'en prescrivant un tel traitement, Aubert avait commis une faute lourde, engageant sa responsabilité ;

« Attendu que les parties se sont présentées devant nous et nous ont déclaré proroger d'un commun accord notre compétence, pour qu'il fût statué par nous en dernier ressort, tant sur la demande principale que sur la demande reconventionnelle ; que nous leur avons donné acte de leur déclaration ;

« Que l'affaire étant revenue à l'audience, les parties ont conclu à une expertise que nous avons ordonnée ; que le docteur Aubert a désigné comme expert M. le docteur Moreau, les époux X..., M. le docteur Frison, et que nous avons, de notre côté, choisi comme tiers expert M. le docteur Bruck, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger ; que nous avons défini la mission des experts, les chargeant notamment de nous dire si en appliquant le sérum antidiphtérique aux maladies des fosses nasales, le docteur Aubert avait commis une faute caractérisée, fait preuve d'imprudence, ou tenté un de ces essais hasardés, téméraires, qu'un médecin expérimenté et consciencieux condamnerait ;

« Attendu qu'il résulte du rapport des experts, que l'ozène dont la dame X... est atteinte est une maladie des fosses nasales rebelle à tout traitement; qu'on a été amené, en ces derniers temps, à appliquer le sérum à cette affection, qui paraît avoir un lien de parenté avec la diphtérie; que les resultats obtenus par cette méthode ont même, paraît-il, été encourageants : que, dès lors, en pratiquant sur la dame X... des injections de sérum antidiphtérique, le docteur Aubert n'a pas commis de faute lourde, ni fait preuve d'imprudence en tentant un de ces essais hasardeux qu'un médecin expérimenté et consciencieux condamnerait; qu'ainsi, le rapport conclut que les injections de sérum étaient indiquées, qu'elles étaient suffisamment justifiées par les succès qu'ont obtenus des praticiens autorisés ; qu'elles avaient été acceptées par la dame X..., et que, d'ailleurs, le mal dont cette dame était atteinte n'avait été ni atténué, ni aggravé par le traitement;

« Que, dans ces conditions, le docteur Aubert a formé une demande additionnelle en paiement de la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts ;

« Attendu qu'en principe, le médecin exerce sa profession en vertu des droits que lui confère la loi et doit agir en pleine indépendance, suivant ses lumières et sa conscience ; que, néanmoins, dans la pratique de son art, il est soumis à la responsabilité générale édictée par les articles 1382 et 1383 du Code civil ;

« Qu'il ne nous appartient pas de trancher des questions d'ordre scientifique, d'apprécier des méthodes, de nous faire juge de l'opportunité d'un traitement et que les questions purement techniques échappent à notre compétence ; mais que nous pouvons rechercher s'il y a, de la part du médecin, négligence caractérisée, oubli des précautions que la prudence commande, des règles admises par tous, comme certaines ; que c'est en nous plaçant dans cet ordre d'idées, que nous devons trancher la question ;

« Qu'il est établi, par le rapport, que non seulement le docteur Aubert n'a commis aucune faute personnelle, ne s'est en rien écarté des règles que dictent la prudence et les notions générales de la science, mais, qu'au contraire, il a judicieusement appliqué a une maladie rebelle, un remède qui, par analogie, était indiqué ;

« Qu'ainsi, le docteur Aubert ne tombe pas sous le coup des articles 1382 et 1383 du Code civil;

« Qu'au surplus, l'exercice de la médecine n'aurait plus de raison d'être, si les médecins n'avaient qu'à se croiser les bras dans les cas extrêmes et s'il ne leur était permis de rien essayer ;

« Qu'il faut leur reconnaître ce droit, du moment où, comme Aubert, ils ne se départissent pas des règles que dictent le bon sens et la prudence, si, comme Aubert, ils ne poursuivent d'autre but que la guérison du malade, et ne se livrent pas à ces essais téméraires que réprouveraient tous les praticiens expérimentés ;

« Qu'en réclamant une somme aussi minime à titre de dommages-intérêts, Aubert a voulu simplement affirmer l'indépendance du médecin dans la pratique consciencieuse de son art ; que nous devons, en conséquence, faire droit à sa demande principale en paiement d'honoraires et à sa demande additionnelle en dommages-intérêts :

« Que, par contre, la demande reconventionnelle formée par les époux X..., n'est pas justifiée et doit être écartée.

« Par ces motifs, condamnons les époux X... à payer à Aubert la somme de 90 francs, montant des honoraires que ce dernier leur réclame ; déboutons les époux X... de leur demande reconventionnelle ; les condamnons à payer à Aubert, la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Roubaix.

Pétition concernant l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie adressée à Messieurs les Députés par les médecins du Syndicat de Roubaix.

Messieurs les Députés,

Le Syndicat Médical de Roubaix et de ses cantons désire appeler l'attention des Législateurs sur la situation créée par l'exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien.

Ce cumul, reconnu contraire à l'*esprit* de la loi par tous les juristes, est cependant toléré par la *lettre* de la loi.

C'est ce qui résulte explicitement de plusieurs jugements de la Cour de Cassation, des Cours de Paris, d'Orléans, de Carpentras et du Tribunal de la Seine.

Il nous est aisé à ce sujet de reproduire le juge-

ment rendu par le Tribunal de la Seine et confirmé, sur appel, à Paris, le 3 Août 1850 :

« Il résulte nécessairement implicitement de l'art. « 27 que le médecin établi dans une localité où il « existe des pharmaciens, ne doit pas exercer si- « multanément les deux professions, fût-il pourvu « des deux diplômes ; que, néanmoins, il existe une « lacune dans la loi, qui ne contient aucune dis- « pense prohibitive et répressive de ce fait ; que, « dans ces circonstances, quelque blâmables et « répréhensibles qu'aient été les spéculations et la « conduite du prévenu, il n'y a lieu **à aucune « condamnation.** »

C'est cette lacune, Messieurs les Députés, que le Syndicat vous propose de combler.

Dans les projets de loi sur la pharmacie, adoptés par la Chambre des Députés le 30 Juin 1893 et par le Sénat le 31 décembre 1894, on peut lire art. 10 du projet de la Chambre.

« Toute entente entre un pharmacien et un mé- « decin dans le but d'exploiter une officine ou de « vendre un médicament quelconque est formelle- « ment prohibée ; toute convention par laquelle « un médecin retirerait quelque gain ou un profit « sur la vente des médicaments effectuée par le « pharmacien, est nulle. »

Où trouver une entente plus complète que lorsque les deux personnalités, médecin et pharmacien, ne font qu'une seule personne ?

Où trouver un cas plus typique de gain fait par le médecin sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien, que lorsque médecin et pharmacien ne font qu'une seule et même individualité donnant des consultations gratuites.

Et, cependant, l'art. 12 du projet du Sénat, « in- « terdisant l'exercice simultané de la profession de « médecin, de chirurgien-dentiste avec celle de « pharmacien ou d'herboriste, même en possession « par le même titulaire des diplômes conférant le « droit d'exercer ces professions, n'est pas appli- « cable à ceux qui exercent aujourd'hui simulta- « nément la médecine et la pharmacie. »

Etait-ce erreur hier, vérité aujourd'hui ?

Est-ce par égard pour une situation de fait ?

Mais l'esprit même de la loi, sinon la lettre, allait déjà autrefois à l'encontre de ce cumul.

Nous vous proposons donc, Messieurs les Députés, de vouloir bien présenter et soutenir, dans la discussion de la loi sur la pharmacie, un amendement mettant les médecins-pharmaciens en demeure de choisir entre les deux professions, même s'ils exercent déjà depuis plusieurs années.

Il leur sera aisé, s'ils tiennent à ce cumul, d'aller exercer dans les communes dépourvues de pharmacien, jusqu'au jour où un pharmacien y ouvrira une officine.

Pour soutenir notre demande, nous n'avons qu'à rappeler les arguments qui toujours, se sont élevés contre cet exercice simultané, toléré seulement lorsqu'il y a défaut de pharmacien dans la localité.

Nous rappellerons que le pharmacien est là pour contrôler l'ordonnance du médecin. Supposez un oubli, un *lapsus calami* du médecin, l'accident sera paré par le contrôle du pharmacien. Que les deux professions soient réunies dans la même personne, des accidents, même mortels, peuvent en être la conséquence, et l'ordonnance *médicale* n'existant pas, le contrôle sera bien difficile.

Un jugement du Tribunal de la Seine, 21 Juin 18?5, condamnant un sieur D..., pourvu du diplôme de docteur en médecine et du diplôme de pharmacien, à six mois de prison et cinquante francs d'amende, en donne un exemple frappant.

De plus, le médecin, forcé de s'absenter pour visiter les malades alités, se trouve dans la nécessité de laisser son officine aux soins d'un élève qui ne peut toujours le suppléer.

Enfin, Messieurs les Députés, comme conclusion nous vous proposons cet amendement à l'art. 12 du projet adopté par le Sénat :

« L'exercice simultané de la profession de méde- « cin, de chirurgien-dentiste avec celle de pharma- « cien ou d'herboriste même en possession, par le « même titulaire, des diplômes conférant le droit « d'exercer ces professions, est prohibé, sauf dans « les localités dépourvues de pharmacien. »

Nous laissons aux législateurs le soin d'établir la sanction.

Veuillez, Messieurs les Députés, agréer l'assurance de nos sentiments distingués.

Suivent les 38 signatures légalisées des Médecins.

Les pharmaciens de Roubaix déclarent adhérer entièrement à la demande adressée à Messieurs les Députés par le Syndicat médical de cette ville.

Suivent les 33 signatures légalisées des Pharmaciens.

Le Secrétaire,
Dr DEREGNAUCOURT.

VARIÉTÉS

L'automobilisme médical.

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

Après trois mois de pratique du tricycle de « de Dion et Bouton », au cours desquels j'ai parcouru environ 1.500 km., je tiens à vous rendre compte de mes impressions relatives à ce véhicule, afin de mettre à la disposition de mes confrères la faible expérience que j'ai déjà acquise.

Je considère que le tricycle à pétrole est destiné à rendre de grands services aux médecins de campagne, à la condition que la contrée qu'ils desservent soit pourvue de voies de communication bien entretenues, et que les accidents de terrain ne soient pas trop difficiles. C'est donc dire qu'il est surtout appelé à triompher dans les pays de plaine. Il peut remplacer pendant huit mois de l'année le cheval et la voiture et ne doit être remise que pendant l'hiver, à l'époque des froids, de la neige, des routes nouvellement empierrées. Il possède sur le cheval le grand avantage d'être toujours prêt à partir et de parcourir la distance à une vitesse moyenne de 25 kil. à l'heure, qui peut être facilement portée à 30 kil. sans jamais se lasser etne demandant que du combustible et de l'huile. Le réservoir contient environ 3 litres 1/2 d'essence, quantité largement suffisante pour 60 kil. en terrain moyen, par temps sec. Quand il pleut, le tirage augmente et la quantité d'essence brûlée augmente proportionnellement, mais la pluie n'est pas à proprement parler un obstacle à l'emploi du tricycle, pourvu que le cavalier (passez moi l'expression) soit nanti d'un imperméable et de jambières. Cependant, je dois dire, à la vérité, que le tricycle est surtout fait pour marcher par beau temps. J'estime que la dépense moyenne est de 0 fr.03 à 0 fr.04 par kil. essence, huile et graisse comprises. Les personnes qui voient un tricycle en marche se figurent que le cavalier est secoué de violentes trépidations. Il n'en est rien. J'ai fait des courses très longues sans descendre de machine, 40, 50, 60 kil., et je n'ai ressenti d'autre fatigue que celle de la position des deux jambes en demi-flexion.

Ces généralités exposées, je vais examiner le détail, et pour la clarté du récit, je m'occuperai successivement du véhicule, du moteur et de l'allumage.

1° Le véhicule est très robuste ; l peut supporter sans dommage les secousses des chemins de traverse. Je suis d'avis pourtant de les éviter le plus possible, parce que les cahots rendent la situation du cavalier peu confortable et entraînent des à-coups dans la marche du moteur. Le frein à lame est très pratique ; il n'en faut pas abuser et surtout il est bon de le serrer progressivement pour obtenir un arrêt doux, sans quoi les roues, ne tournant plus, continuent à glisser sur le sol en vertu de la vitesse acquise. Les pneumatiques sont très résistants. Ceux de mon tricycle n'ont crevé qu'une fois ; la réparation fut facile et ne demanda pas une demi-heure. Il est bon de graisser tous les mouvements au moins tous les 80 kil. et je conseille d'adopter la pompe refoulante, à graisse consistante. Il faut s'assurer que la chaîne est suffisamment tendue et la soigner, ainsi que le pédalier, comme dans une bicyclette ordinaire.

2° Le moteur est parfait. Il faut autant que possible employer de l'essence pesant le degré indiqué. Cependant, j'ai marché à grande vitesse avec de l'essence alourdie; je crois que quand le moteur est échauffé, il brûlerait de l'essence pesant 800 ! Il faut vider le réservoir de temps en temps (tous les douze ou quinze jours), pour enlever les queues d'essences alourdies par la carbonatation.

Il faut nettoyer de temps en temps les engrenages avec du pétrole ordinaire afin d'enlever le *cambouis formée par la graisse et la poussiere.* Le maniement des manettes est très facile. Il ne faut pas partir, sans ouvrir, en la plaçant horizontalement, la manette de purge, et sans relever complètement en haut la manette d'avance à l'allumage. Le réglage du mélange détonant au moyen de la manette située à droite est une affaire de tâtonnement ; un écart insignifiant peut donner une bonne ou une mauvaise carbonisation et influer sur la vitesse. La manette symétrique de celle-ci règle la vitesse, par la quantité de débit du mélange explosif. Les pentes se gravissent d'une manière relativement facile, quand elles ne dépassent pas 8 %. Il est bon de les aborder en grande vitesse et de ne pas attendre le complet ralentissement du moteur pour l'aider de quelques coups de pédales.

3° L'allumage est déterminé par une étincelle électrique issue d'un courant puisé lui-même dans des accumulateurs ou des piles sèches. Les accumulateurs sont, à mon avis, très défectueux ; la trépidation fait échapper une partie du liquide acide, qui coule le long des parois métalliques, les courroies brûlent les vêtements, etc. Les fils sont rapidement détruits et il faut surveiller avec beaucoup de soin les points de jonction. Je préfère de beaucoup les piles sèches. Depuis que j'en fais usage, je n'ai eu qu'à m'en louer. Un détail très important est le réglage du trembleur ; c'est encore une affaire de tâtonnement et d'oreille. On arrive vite à se rendre compte de la vibration idéale, que donne la meilleure marche. L'allumage dépend presqu'uniquement de ce réglage. Il ne faut pas oublier de vérifier fréquemment les contacts et de bien les serrer.

Je considère comme indispensable de ne jamais partir sans verser quelques gouttes de pétrole ordinaire dans le cylindre, et de ne pas faire plus de 50 à 60 kil. de suite, sans changer l'huile du carter.

Au surplus, la pratique du tricycle de Dion et Bouton est affaire d'apprentissage et s'acquiert assez vite. Avec un peu de « jugeotte », et les outils appropriés, on vient à peu près à bout de tous les petits ennuis courants. Depuis trois mois je ne suis resté en panne qu'une fois ; les accumulateurs étaient déchargés.

Je ne veux pas terminer cet exposé sans vous adresser mes sincères remerciements. Je vous prie d'en transmettre une bonne partie à l'administration du journal, qui s'est littéralement mise en quatre pour me faciliter l'acquisition d'un tricycle.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments de vive gratitude et je suis heureux de rendre hommage à l'« Institution du *Concours Médical* » qui place à un degré si élevé et si utilitaire le principe de la solidarité confraternelle.

N. B. Je suis à la disposition des confrères qui voudraient s'adresser directement à moi pour avoir des renseignements sur le tricycle à pétrole.

Dr G. Duchesne.

Orbec-en-Auge (Calvados).

REPORTAGE MÉDICAL

Les sociétés de secours mutuels. — Nous sommes heureux de voir que, parmi les journaux médicaux de la semaine, plusieurs, n'hésitent pas à épouser nos idées sur les rapports à établir, *nous-mêmes*, avec les sociétés de secours mutuels. N'est-il pas évident, en effet, que, là où tout dépend de notre seule initiative, nous serions naïfs de compter sur les bonnes volontés de gens qui nous sont hostiles ?

Sachons donc tirer, chacun en notre région, tout le parti possible de la circulaire Barthou : sinon, à quoi bon les plaintes !

— *L'Assistance médicale dans l'Aveyron.*— Le conseil général de l'Aveyron ayant adopté un système d'organisation de l'assistance médicale peu compatible avec l'intérêt des médecins, et cela à la suite d'un rapport injurieux à l'égard de ceux-ci. Nos confrères de Rodez ont écrit au Préfet que par souci de leur dignité, ils refusaient de se laisser berner et injurier plus longtemps dans les négociations, et cesseraient de concourir, à partir du 1er janvier 1898, au service de l'assistance médicale dans les campagnes.

—*Les résultats de la désinfection.*— D'après le rapporteur du conseil municipal de Paris, le chiffre des décès par maladies épidémiques ou contagieuses est passé en dix ans à Paris de 6.000 à 2.000. Il se fait à cette heure 40.000 désinfections par an.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.234 — M. le docteur Puech, de Nîmes (Gard), membre de l'Association des médecins de Nîmes.

N° 4.235. — M. le docteur Gouez, de Plougastel-Daoulas (Finistère), membre du Syndicat de Brest.

N° 4.236. — M. le docteur Valot, de Beynes (Seine-et-Oise), présenté par M. le docteur Durand, de Beynes.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 6 5 Février 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le bon vieux temps.

Ceux de nos confrères qui portent des cheveux blancs, nous parlent souvent de l'époque où ils débutaient dans la carrière, et déplorent, parfois, les changements qu'a subis notre profession.

Cependant, si, au lieu d'accepter d'emblée, comme juste, leur impression d'ensemble, vous les forcez à comparer, trait pour trait, le présent et le passé lointain, vous êtes souvent étonné de ne pas trouver de bases très précises à leur appréciation.

Sans doute, le client était plus fidèle, mais était-ce de son plein gré ? Moins de médecins, pas de chemins de fer, il fallait bien s'en tenir, faute de mieux, au vieil ami de la famille. C'était plutôt résignation peut-être, que confiance, dans le praticien de la localité.

Plus de prestige et de reconnaissance qu'aujourd'hui, disent-ils encore. — Hélas ! la reconnaissance eût-elle résisté à l'envoi de la note d'honoraires légitimement calculée ? Le prestige, qui tenait pour beaucoup au faible niveau de l'instruction générale et à l'absence de l'activité politique, n'était-il pas condamné à disparaître avec le régime qui modifierait cet état de choses ? Il nous paraît injuste de dire que nous avons, seuls et de nous-mêmes, supprimé ces rares privilèges : ce sont les mœurs ambiantes qui ont tout changé.

On les payait cher, du reste, ces privilèges, dans le corps médical. Quiconque entrait pauvre dans la profession, en sortait de même, après un labeur sans fin, à moins qu'il n'eût rencontré, sur son chemin, la riche héritière qui pouvait apporter l'aisance et permettre d'assurer l'avenir des enfants. Pas plus qu'aujourd'hui, la profession ne nourrissait l'homme, et s'il en vivait plus facilement, c'est que les besoins étaient moindres.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette supériorité, peut-être contestable, du *bon vieux temps*, force est de reconnaître qu'il est passé, qu'il est mort, qu'il ne ressuscitera pas.

Et, comme à des jours nouveaux, il faut des mœurs nouvelles, les *us et coutumes de beaucoup* de vieux médecins sont devenus de très dangereux anachronismes, que l'intérêt général oblige à supprimer au plus tôt.

N'est-ce pas faire une concurrence blâmable aux jeunes confrères que de fournir sa note, tous les dix ans, ou à la mort du chef de la maison, afin d'enchaîner la liberté des familles, et de fermer la porte au débutant qui a besoin de vivre ? Et que dirions-nous de ceux qui, riches et peu actifs, acceptent, à prix réduit, le monopole de tous les services publics, quitte à les remplir à peu près, mais en vue de gagner de l'influence ou des médailles, et de barrer la route à leurs voisins de clientèle, très dignes d'encouragement dans leur effort nécessaire ?

De même, à un autre point de vue, jugez ce vieux médecin qui, à l'arrivée d'un concurrent, lui abandonne tous les moribonds de sa clientèle, en refusant de se rendre de nouveau à leur chevet, et dans le but avoué de préparer au dernier venu la série noire qui le coulera. Jugez aussi ceux, encore trop nombreux, qui ne lui rendent pas sa visite, qui le récusent en consultation parce qu'il est plus jeune qu'eux ; qui ne veulent pas le renseigner sur les prix et les coutumes de la région, qui le lâchent dans toute ten-

tative heureuse pour l'intérêt général, relèvement d'honoraires, résistance à des empiètements, qui profitent de leurs situations acquises pour faire tenir les autres à l'écart, partout et toujours ! !

Tous ces procédés, qui furent du vieux temps peut-être plus que du présent, sont-ils de nature à inspirer l'estime, le respect, le goût de la déontologie, à nos jeunes rivaux dont nous sommes si enclins à critiquer l'attitude ?

Non. Ils détonnent dans la solidarité et la dignité que nous rêvons tous de voir progresser : souhaitons qu'ils disparaissent dans l'oubli avec le passé irrévocablement disparu aussi.

Pénétrons-nous de cette idée que la jeune génération médicale sera ce que nous la ferons, par notre accueil, par notre bienveillance, par notre appui, s'il le faut.

Et, si les anciens le veulent, nous avons l'espoir qu'elle nous empêchera de regretter le *bon vieux temps*.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Des nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire.

M. le Dr *Darier*, ophthalmologiste distingué de Paris, vient de faire paraître une intéressante étude sur une série de nouveaux sels d'argent employés en thérapeutique oculaire. Après avoir rappelé que, jusqu'ici, aucun sel d'argent n'a paru plus efficace contre la conjonctivite que le nitrate d'argent, en solution de 0,25 ou 0,50 pour cent dans les formes légères, et de 2 à 3 pour cent dans la forme purulente, M. Darier commence par vanter les effets de l'*argentamine* en solution à 3, 5 et même 10 pour cent ; cette solution est beaucoup moins douloureuse pour les malades que le nitrate d'argent : elle ne provoque pas de desquamation épithéliale de la conjonctive.

L'*argentamine* est une solution d'éthylène diamine-phosphate d'argent. Cette solution limpide et alcaline équivaut à une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100 et, si on l'étend de 10 parties d'eau, on obtient une solution qui représente la solution de nitrate d'argent à 1 p. 100.

L'*éthylène-diamine* qui entre dans la composition de l'argentamine, est une base organique peu caustique, ayant cette propriété particulière de redissoudre les précipités que forment les sels d'argent au contact des tissus : ainsi serait favorisée la pénétration du sel d'argent dans la profondeur des éléments anatomiques où il irait porter son action bactéricide puissante.

Le mode d'emploi de l'argentamine est des plus simples. Son application est si peu douloureuse qu'il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer une instillation préalable de cocaïne. Il est surtout important de ne se servir que d'un pinceau absolument propre, préalablement lavé à l'eau simple ou distillée. Les attouchements sur la surface conjonctivale doivent être généreux, abondants, car la première goutte du topique qui vient en contact avec les liquides conjonctivaux produit un précipité laiteux qui ne se redissout que dans un excès de solution.

Peut-être est-ce faute de s'être conformé à cette recommandation de Hoor, que nombre d'expérimentateurs n'ont pas obtenu de l'emploi de l'argentamine les résultats qu'ils en attendaient. Donc, il faut, avec la solution d'argentamine, badigeonner, laver, *larga manu*, la surface conjonctivale qui, du reste, le supporte très bien et se montre à peine irritée et jamais desquamée et mise à vif, comme par le nitrate d'argent.

Suivant l'intensité de la conjonctivite, on emploiera des solutions plus ou moins fortes, et on pratiquera des cautérisations répétées plus ou moins fréquemment : une ou plusieurs fois par jour et même, tous les deux jours seulement.

Un grand avantage de l'*argentamine* est justement que son emploi est d'un dosage très facile, soit que l'on pratique les attouchements plus généreusement, soit que l'on les répète plus fréquemment, soit enfin que l'on emploie des solutions plus fortes. Pour l'usage journalier, une solution à 5 p. 100 employée selon ces préceptes peut, pour ainsi dire, parer à tous les événements.

Après avoir étudié l'argentamine, M. Darier signale l'*argonine* (combinaison de caséine avec l'argent), le *sulfophénate d'argent*, *l'itrol* ou citrate d'argent en solution à 1 et 3 pour cent, l'*actol* ou lactate d'argent, et enfin, le *protargol*.

Le *protargol* est une combinaison de protéine et d'argent qui se présente sous l'aspect d'une poudre fine, jaunâtre, facilement soluble dans l'eau froide. Les solutions ainsi obtenues sont de couleur jaune, mais parfaitement claires, ne donnant aucun précipité par l'addition des alcalins, des sulfures, des albumines, etc. Ces qualités sont justement celles qui ont la plus grande importance, quand il s'agit de traiter des affections oculaires. Cet agent paraît donc appelé à rendre des services signalés en ophthalmologie.

Si le protargol n'est pas précipité par le chlorure de sodium, il doit avoir un pouvoir pénétrant bien plus puissant encore que l'argentamine ; et, comme il ne précipite pas non plus la cocaïne à 2 ou 3 p. 100, il peut entrer dans des combinaisons fort heureuses avec ce produit. Le pouvoir antiseptique du protargol serait, au dire de Neisser, supérieur à celui des autres sels d'argent ; mais cet auteur ne donne aucun chiffre à ce sujet.

Le protargol contient 8,3 p. 100 d'argent.
L'argentamine contient 6,35 p. 100 d'argent.
L'argonine contient 4 p. 100.

Mais la caractéristique du protargol est que la douleur ou l'irritation produite par son application est nulle.

Voici comment s'exprime M. Darier au sujet du protargol après deux ou trois mois d'expérimentation :

« *Le* Protargol, *par ses propriétés pénétrantes très marquées, par son action antiseptique, aussi et même plus énergique que celle du nitrate d'argent et que celle de l'argentamine, et surtout à cause de son innocuité parfaite et du peu d'irritation qu'il produit au contact de la conjonctive et de la cornée, mérite d'être essayé méthodiquement en ophthalmologie dans tous les cas où l'on employait autrefois le nitrate d'argent.*

« Je ne serais pas étonné si ce nouveau pro-

duit arrivait à supplanter même l'argentamine, dont nous avons étudié plus haut les importantes qualités. Le protargol est d'une conservation facile, je n'ai pas encore vu de solutions de ce produit se troubler au bout de quelques jours, comme c'est malheureusement le cas pour les solutions d'argentamine.

« La possibilité de combiner le protargol avec d'autres sels, tels que le chlorure de sodium, les alcalins, etc., et surtout le fait que ce produit ne précipite pas la cocaïne et les différents anesthésiques tels que l'eucaïne, l'holocaïne, la tropococaïne, peut ouvrir des horizons nouveaux à la thérapeutique des affections conjonctivales.

« La réaction alcaline des solutions employées dans le traitement des conjonctivites sécrétantes, paraît être d'une assez grande importance ; et chacun sait que bien des conjonctivites chroniques, ayant résisté à de nombreux traitements, ont guéri par la simple application d'eaux bicarbonatées sodiques, ce qui a fait penser que ces affections relevaient d'une diathèse arthritique, herpétique ou autre.

« En somme, les résultats que j'ai obtenus ont été au-dessus de mes espérances, jamais je n'ai observé par aucun autre moyen des guérisons aussi rapides et aussi brillantes, et cela, je puis l'affirmer, à peu près sans aucune douleur.

« La solution dont je me suis servi était à 10 p. 100 de *Protargol* et les cautérisations étaient répétées une seule fois par jour, puis une fois tous les deux jours seulement.

« Tout me porte donc à croire que nous sommes en possession d'un sel d'argent qui rendra les plus grands services en thérapeutique oculaire. »

La sérumthérapie de la diphthérie.

M. le Dr *Variot* vient de faire paraître en collaboration avec M. le Dr *Tollemer*, un excellent travail sur la sérumthérapie de la diphthérie (1). Pendant les années 1895, 1896, plus de 3.000 enfants ont été traités à l'hôpital Trousseau par le sérum antidiphthérique, et M. Variot est arrivé à cette conclusion que la découverte de Behring, contrôlée d'abord en France par M. Roux, constitue l'un des plus grands progrès de la thérapeutique humaine dans ce siècle. La mortalité a été réduite à 14 pour cent à l'hôpital Trousseau pendant les années 1895 et 1896, au lieu de 50 pour cent.

Les indications des injections de sérum antidiphthérique ont été nettement posées par les cliniciens qui ont étudié son action. Le sérum doit être réservé aux diphthéries avérées, reconnues par l'examen clinique. — L'examen bactériologique peut avoir son utilité dans certaines circonstances où le diagnostic est indécis, mais il n'y faut compter d'une manière générale, d'une part parce que ce procédé d'investigation n'est pas à la portée de tous les praticiens, d'autre part, parce qu'il est infidèle et sujet à de nombreuses causes d'erreur.

Dans certains cas, malgré des examens bactériologiques négatifs, il faut appliquer quand même le sérum de Behring-Roux ; dans d'autres, malgré l'existence de bacilles courts en navettes, il faut s'abstenir de la sérumthérapie. L'examen clinique est encore, comme le dit le professeur Grancher, le meilleur guide en ces circonstances.

En sa qualité de partisan et d'admirateur convaincu de la découverte de Behring-Roux, M. Variot repousse les essais étranges qu'on a voulu faire avec le sérum antidiphthérique.

Au Congrès de médecine de Montréal, l'an dernier, un grand nombre de communications furent faites sur l'usage du sérum antidiphthérique dans le lupus, la tuberculose, la neurasthénie, l'hystérie, l'insomnie, l'asthme, l'impaludisme.

Lennox Browne a protesté très justement contre ces applications tout à fait empiriques du sérum.

Puisque le sérum a une action antitoxique certaine contre les toxines du bacille de Lœffler, c'est un remède spécifique contre la diphthérie ; on révoque en doute cette valeur spécifique, lorsqu'on traite indistinctement de la même manière des maladies tout à fait différentes : de plus, en considérant le sérum comme une panacée capable de guérir toutes les maladies, on ébranle, dans le public, la confiance qu'il doit avoir, lorsque cet admirable remède est appliqué judicieusement, c'est-à-dire dans la diphthérie avérée.

Cette tendance à généraliser à tort les médicaments nouveaux est un reste des habitudes régnant parmi les médecins, lorsque la thérapeutique n'était pas encore entrée dans une voie scientifique.

On ne saurait réagir trop vigoureusement contre ces anciens errements tout à fait opposés à la méthode scientifique qui doit dominer dans la thérapeutique, comme dans les autres branches de notre art. — En distribuant à tout propos un remède spécifique, le médecin ressemble à ces gens du monde qui conseillent à tous leurs amis le médicament auquel ils croient devoir leur guérison.

Les émissions sanguines, les vomitifs, les vésicatoires.

La vieille et ardente discussion des anciens et des modernes vient d'être de nouveau mise sur le tapis à l'Académie par l'éminent professeur Alb. Robin. Depuis quelques années déjà, la jeune génération médicale paraît tenir dans le mépris le plus profond les anciens grands remèdes de la thérapeutique : la saignée, les vomitifs et les vésicatoires.

Aujourd'hui, on ne lit plus sur les ordonnances de médecins modernes que des « benzonaphtol, salol, glycérophosphates. menthol, gaïacol ;» etc. ; la saignée, les vomitifs, les vésicatoires, sont ou plaisantés ou réprouvés avec énergie. Cependant, nos lecteurs nous rendront cette justice que nous n'avons cessé dans notre journal de recommander l'emploi de ces vieux et excellents remèdes auxquels nous avons consacré des articles détaillés en 1896 et en 1897. Or, M. Alb. Robin vient d'apporter à l'Académie l'autorité de sa parole pour soutenir la même manière de voir.

Il a prouvé, par des recherches scientifiques sérieuses, chimiques et physiques, la réalité des

(1) Paris. Maloine, éditeur, 25, rue de l'École-de-Médecine.

effets de la *saignée*, des *vomitifs* et des *vésicatoires*.

En ce qui concerne la saignée et les émissions sanguines en général, voici les conclusions de M. Robin :

1° Leur action sur la tension sanguine, si courte qu'elle soit, légitime leur utilité dans les stases sanguines des cardiaques asystoliques, dans l'œdème aigu du poumon, ce qui d'ailleurs est à peu près admis par tout le monde, au moins théoriquement.

2° Elles trouveront leur emploi dans les affections où la nutrition est en déchéance; quand cette déchéance ne sera pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais bien d'une insuffisance des actes nutritifs, démontrée, entre autres preuves, par l'abaissement des échanges respiratoires, du taux de l'urée, des divers coefficients d'oxydation.

Ceci revient à dire que les émissions sanguines ne conviendront pas à telle ou telle entité morbide, mais qu'elles pourront intervenir dans des états pathologiques fort dissemblables, à la condition qu'on y rencontre cette indication dominante de la déchéance, ou, mieux encore, de l'insuffisance des oxydations organiques.

3° On conçoit, à l'aide de cette donnée, comment la saignée peut donner des résultats décisifs dans quelques maladies infectieuses, comme la pneumonie, alors que les accidents dominants qui imposent à la maladie sa haute gravité, sont causés par des poisons d'origine microbienne, et par ceux que fabrique l'organisme dans sa lutte contre l'agent infectieux. J'ai longuement insisté sur ce fait, qu'il y a deux espèces de fièvres : l'une réactionnelle, favorable, constituant un véritable acte de défense ; l'autre toxique, due à l'action des poisons microbiens et organiques. La première espèce de fièvre, il faut la respecter ; la seconde, il faut la combattre. Or, cette dernière n'est pas justiciable de l'antipyrèse : elle n'est attaquable que par les moyens visant directement les toxines. De celle-ci l'organisme ne peut se débarrasser que de deux façons, soit en les éliminant, soit en les oxydant, ce qui les transforme en produits solubles, facilement éliminables, dépourvus de toxicité. Or les émissions sanguines qui accélèrent si puissamment les oxydations, sont destinées à devenir un agent thérapeutique de premier ordre dans certaines infections et dans quelques auto-intoxications, à la condition qu'on les manie avec prudence et habileté. La preuve en est faite pour la pneumonie, et nous ne doutons pas que l'heure vienne bientôt où l'on discutera, tout au moins, la possibilité de son emploi dans d'autres infections.

4° Dans les auto-intoxications, dont l'urémie est le type, les émissions sanguines n'agissent pas tant en soustrayant une minime partie du poison qu'en activant les actes d'oxydation qui transforment le poison en un principe soluble et non toxique.

Quelques-unes de nos recherches, pratiquées chez des urémiques, démontrent nettement, en effet, un énorme accroissement des oxydations.

Pour les vomitifs, dit M. Robin, outre qu'ils réalisent le curage des bronches — ce qui vaut toutes les antisepsies — ils sont de puissants agents d'oxydation, ce qui est encore l'un des moyens les plus actifs que nous possédions pour nous débarrasser des toxines microbiennes.

Des exemples nombreux démontrent l'action puissante des vomitifs sur la capacité et la ventilation pulmonaire, sur la formation de l'acide carbonique, la consommation de l'oxygène, tous éléments qui s'accroissent dans des proportions considérables.

Cet accroissement des échanges gazeux dans tous leurs éléments, sous l'influence des vomitifs, reconnaît deux conditions mécaniques, soit l'augmentation de la capacité respiratoire et de la ventilation, et une condition chimique ou mieux vitale, à savoir la plus grande absorption d'oxygène et la plus grande formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré. Avec cette double action, mécanique et chimique, il y a de quoi justifier la vogue ancienne des vomitifs, du moins dans leur application au traitement de l'infection bronchique.

Ils ont, dans ces cas, une bien autre valeur que les antiseptiques à la mode, d'autant que, jusqu'à présent, je ne leur ai pas trouvé de grandes contre-indications.

Enfin, de l'étude physiologique des effets des vésicatoires, il ressort un fait indiscutable, c'est que l'accroissement des échanges respiratoires tient essentiellement à une augmentation de la ventilation. Si l'oxygène consommé s'élève, ce n'est pas parce que l'air inspiré en perd une plus grande quantité pendant son court séjour dans les alvéoles pulmonaires, mais uniquement parce que, dans l'unité de temps, il passe une plus grande quantité d'air dans les poumons. Les vomitifs, et surtout les émissions sanguines, accroissaient les échanges par le fait d'une double action mécanique et chimique ; les vésicatoires ont surtout un effet mécanique.

CLINIQUE MÉDICALE

La ménopause et le rein,

Par P. Le Gendre,
Médecin de l'hôpital Tenon.

L'influence exercée, par la ménopause, sur l'appareil circulatoire et le système nerveux, est bien connue ; on sait combien les troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur, céphalées congestives, palpitations) sont fréquents, lorsque les règles sont suspendues ou définitivement arrêtées. On connaît bien les troubles psychiques (irascibilité, hypochondrie, neurasthénie) qui peuvent se montrer d'une façon plus ou moins durable ; la ménopause peut créer des névroses ou aggraver les névroses préexistantes.

On a moins étudié, à ce qu'il me semble, le retentissement de la ménopause sur la fonction rénale. Et cependant, plusieurs faits, dont j'ai été le témoin, me font penser que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire, — soit en provoquant une congestion rénale et par suite une diminution de la quantité des urines, — soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant, par la rétention de poisons que d'ordinaire peut entraîner le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication, hypothèse en harmonie avec celle qui a été avancée par les partisans d'une théo-

rie pathogénique de la chlorose par auto-intoxication.

C'est surtout chez des femmes présentant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme, que l'interruption ou la suppression des règles retentit d'une façon fâcheuse sur l'appareil urinaire.

J'ai soigné, pendant plusieurs années, une dame qui avait au plus haut point le tempérament arthritique : sanguine, avec des réflexes vasomoteurs d'une violence excessive. elle avait eu plusieurs fois des hémoptysies ou des épistaxis, des congestions hémorroïdales, quand ses règles, d'ordinaire abondantes, manquaient ou étaient retardées. Au moment où les irrégularités menstruelles, devenant plus accentuées, préludaient à la ménopause, j'ai constaté plusieurs fois chez elle, les mois où les règles ne paraissant pas, un ensemble de phénomènes qui consistait en des douleurs lombaires, une céphalée violente, des nausées ou des vomissements. Ayant alors fait recueillir méthodiquement les urines, je constatai que l'excrétion quotidienne était considérablement diminuée ; une fois, j'y trouvai du sang, plusieurs fois de petites quantités d'albumine. Ce syndrome disparaissait après l'application de sangsues sur le col utérin, de ventouses scarifiées sur la région lombaire, de lavements multipliés et autres moyens propres à activer la diurèse.

Quand il existe un rein ectopié, la congestion de cet organe est facile à constater chez les femmes maigres, puisqu'on peut le saisir, pour ainsi dire, entre les deux mains, pour en apprécier le volume, la consistance et la sensibilité. Or, j'ai plusieurs fois fait, chez des femmes dont les règles étaient retardées ou suspendues, cette constatation que le rein flottant était, à ce moment, douloureux, turgescent, moins mobile.

J'ai même, dans un cas récent, soigné avec mon très distingué confrère, le Dr Margery (de Sannois), une dame arthritique et névropathe, atteinte de rein mobile, dont la ménopause est en train de s'effectuer, et qui, sous l'influence de la disparition de ses règles, présenta une céphalée très pénible, un état nauséeux, un certain degré d'anasarque, une augmentation très notable du volume et de la sensibilité du rein ectopié, en même temps que le taux des urines tombait à 300 grammes et même 250 grammes par jour. Le régime lacté et la théobromine amenèrent en peu de jours les urines à un taux suffisant ; en même temps, disparaissaient l'œdème avec les autres symptômes d'insuffisance rénale. Le mois suivant. les règles parurent à l'époque habituelle ; le syndrome urémique ne se montra pas. Un mois après, les urines diminuèrent de nouveau, au moment où les règles auraient dû venir et ne vinrent pas ; le rein se tuméfia, l'œdème s'esquissa ; mais le lait et la théobromine coupèrent court à ce cortège de l'ischurie.

Mais c'est surtout lorsqu'il existe une affection chronique du rein, que la connaissance du retentissement possible de la ménopause sur la fonction rénale est importante au point de vue du pronostic et du traitement..

L'exemple suivant montre une néphrite interstitielle, à évolution lente et bien supportée jusque-là, brusquement aggravée par l'apparition d'une poussée congestive à chaque époque menstruelle, quand les règles étaient trop peu abondantes ou en retard.

Une dame de quarante-neuf ans, fille de rhumatisant et de goutteux, avait eu dans sa vie de nombreuses manifestations arthritiques et nerveuses (migraines, bronchites sibilantes à répétition, emphysème, spasmes glottiques d'origine nasale) ; après avoir été maigre pendant sa jeunesse, elle était devenue obèse vers la quarantaine. Elle me consulta pour la gêne considérable que lui causait l'essoufflement. Je constatai un visage violacé, un bruit de galop, une forte tension artérielle, de la pollakiurie et de la polyurie, mais sans albuminurie. Je la soumis à un régime d'amaigrissement graduel, et, au bout de quelques mois, elle se trouvait débarrassée de tous ses malaises. Les règles étaient jusqu'alors venues chaque mois, à époque fixe. La seule fois de sa vie qu'elles avaient manqué, quelques années auparavant, cette dame avait eu, me dit-elle, une apoplexie pulmonaire.

Un jour, je fus prié par le confrère très instruit qui suivait la malade, M. le Dr Vinache, de venir constater son état ; car elle venait d'avoir, m'écrivait-il : « après des vomissements verdâtres peu abondants et glaireux, des accidents convulsifs suivis d'hémiplégie gauche transitoire et d'un sommeil plus ou moins comateux, interrompu, par moments, par une excitation particulière ». L'urine, d'ordinaire abondante et qui, cinq ou six jours auparavant, ne présentait pas d'albumine, ainsi que je m'en étais assuré, était devenue rare, foncée, et contenait environ 1 gramme d'albumine. Les règles avaient quelques jours de retard. La malade conserva deux ou trois jours un peu de paraphasie et d'hébétude, puis, les règles venues, l'albumine disparut brusquement, les urines furent de nouveau abondantes et notre cliente reprit sa vie ordinaire.

A quelque temps de là. également à une époque menstruelle, réapparition de signes de congestion rénale et d'urémie (urines diminuées, foncées. albumineuses. accès éclamptique). Saignée. Disparition des accidents nerveux et de l'albuminurie.

Une troisième fois, malheureusement, et dans les mêmes conditions de coïncidence avec l'époque menstruelle, une nouvelle crise d'urémie cérébrale apoplectiforme et convulsive emporta notre malade.

Nous fûmes très frappés, mon confrère et moi, de la régularité presque mathématique avec laquelle, à l'époque menstruelle, reparaissait la poussée congestive du rein, avec son cortège d'accidents urémiques, sans qu'aucune imprudence eût été faite, malgré un régime convenable, tandis que, l'époque menstruelle passée, tout rentrait dans l'ordre et il n'existait plus que les signes d'artériosclérose, avec lesquels la malade vivait depuis des années. Il nous a semblé manifeste, dans ce cas, que les retards et la diminution des règles étaient la cause provocatrice de la congestion intense du rein qui, se produisant sur un organe dont la circulation était d'ordinaire défectueuse, le rendait subitement assez inférieur à sa tâche d'émonctoire pour faire éclater l'urémie.

Il m'a paru utile d'attirer l'attention sur les faits de ce genre, que je crois peu connus et je

termine cette courte note par les conclusions suivantes.

CONCLUSIONS.

Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, la diminution, les retards, et la suppression de l'écoulement sanguin menstruel, peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable avec un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître.

Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie, ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et des vomituritions, une céphalalgie intense.

Ils peuvent être prévenus, atténués, ou supprimés par une émission sanguines (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués, et en tout cas, il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein, qui devient turgescent, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante, par suite des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est retardé ou insuffisant.

OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

Lésions traumatiques de la conjonctive.

Leçon faite par M. le Professeur S. BAUDRY, au Dispensaire du Bureau de Bienfaisance de Lille, et recueillie par M. B. MARTIN.

Dans les milieux industriels en particulier, les blessures, corps étrangers et brûlures de la cornée et de la conjonctive, constituent des accidents journaliers. Fréquemment, les paupières, les enveloppes de l'œil, parfois un muscle moteur, les voies lacrymales, sont en même temps atteints par l'agent vulnérant ; plus rarement, enfin, celui-ci a intéressé isolément soit la cornée, soit la conjonctive. Cette dernière variété de traumatisme fera le sujet de cette leçon.

Le médecin n'observe, d'ailleurs, qu'une partie de ces lésions si communes. Bien souvent, en effet, les brûlures légères, comme celles qui résultent de la projection, sous le choc du marteau, de minuscules paillettes incandescentes, ne déterminent qu'un peu de gêne, d'injection conjonctivale et guérissent avec une journée de repos et l'application de compresses froides. Un grand nombre de corps étrangers très petits, de minime consistance (poussière de charbon, moucherons, ailes d'insectes), mollement lancés à la surface cornéo-conjonctivale, sont expulsés presqu'aussitôt leur entrée, grâce aux mouvements naturels des paupières, à l'afflux des larmes et aux frottements exercés par le patient.

Des corps mousses, tels que des bavures de fer, de fonte, une branche d'arbre, etc., faiblement projetés contre les paupières ou directement contre la conjonctive, contusionnent souvent la muqueuse sans déterminer de lésions plus profondes. Un épanchement sanguin soulève immédiatement celle-ci et donne naissance, suivant son abondance, à une simple suffusion ou à un thrombus qui occupe, dans certains cas, toute la conjonctive bulbaire et forme au pourtour de la cornée un véritable chémosis sanguin. (L'adhérence intime de la conjonctive tarsienne empêche la formation d'une ecchymose à ce niveau.) Dans le premier cas, il s'agit d'un traumatisme bénin : la résorption d'une ecchymose sous-conjonctivale, même étendue, a lieu en une ou deux semaines ; tandis qu'un épanchement sanguin très abondant peut, par compression, compromettre la nutrition de la cornée, ou très exceptionnellement entraîner, par distension exagérée, la rupture de la muqueuse; d'où la possibilité d'un abcès hématique.

On aura bien soin de ne pas confondre ces épanchements sanguins, par contusion directe ou par plaies, avec les ecchymoses symptomatiques d'une fracture de l'orbite et de la base du crâne : celles-ci n'apparaissent d'ailleurs qu'après quelques jours dans le cul-de-sac conjonctival inférieur d'abord, puis sous la conjonctive bulbaire, et non immédiatement après la blessure.

Une ecchymose sous conjonctivale peut, à la rigueur, masquer une blessure de la sclérotique sous-jacente; mais apparaissent, dans ce cas, des symptômes objectifs et fonctionnels qui permettent d'affirmer que la conjonctive n'est pas seule intéressée.

Le traitement des contusions conjonctivales est très simple. Après un lavage antiseptique des paupières et du cul-de-sac conjonctival, on appliquera sur l'œil des compresses imbibées d'eau boriquée froide et maintenues par un pansement compressif.

On a vu des corps piquants, pointus, comme des plumes métalliques, des épis de graminées glisser obliquement entre la sclérotique et la conjonctive qu'ils décollent produire une infiltration sanguine facilement résorbée, plus rarement un thrombus plus étendu que fera disparaître un pansement compressif humide.

Les ouvriers, dans leurs travaux, sont parfois atteints par des corps tranchants ou contondants qui limitent leur action à la muqueuse de l'œil. Les plaies produites par les premiers (*corps tranchants*) auront la netteté d'une incision chirurgicale et les avantages d'une guérison en quelques jours, si l'agent vulnérant aseptique a frappé suivant une direction perpendiculaire ou très peu oblique par rapport au globe de l'œil ; la formation d'un lambeau, si le traumatisme a porté en dédolant, n'augmenterait pas sensiblement la gravité du pronostic, à moins que le pédicule ne soit très étroit. Une large dénudation de la sclérotique, par gangrène d'un vaste lambeau conjonctival, serait alors un accident fâcheux : car, en dehors de la lenteur de la guérison, la cicatrisation de la perte de substance va donner naissance, si l'on n'y prend garde, à un rétrécissement considérable de la muqueuse ; de plus, lorsque le traumatisme a fait en même temps, subir une perte de substance sur un point correspondant de la conjonctive

palpébrale, on est exposé à une soudure des deux feuillets, complication dont la gravité sera indiquée à l'occasion de l'étude des brûlures.

Mêmes conséquences à la suite des plaies contuses qui s'accompagnent d'ailleurs, généralement, de lesions graves des membranes sous-jacentes.

Il importe de fermer immédiatement ces solutions de continuité de la conjonctive, après désinfection très soignée de la région, sinon il se développe une conjonctivite avec sécrétion muco-purulente, ou bien encore des bourgeons charnus qu'il faut détruire et qui retardent la guérison. Quelques points de suture au catgut n° 00 ou à la soie très fine suffiront pour rapprocher les lèvres de la plaie et fixer un lambeau de la muqueuse.

Les brûlures de la conjonctive, compliquées le plus souvent de brûlures simultanées de la cornée et de la sclérotique sont très fréquentes et sont graves d'une manière générale. Elles résultent du contact de cette membrane avec la vapeur d'eau, la flamme de l'alcool, de l'essence minérale, du gaz, des cendres de foyers, de cigare, etc., avec les agents chimiques, acides et alcalins (chaux, potasse, acide sulfurique, etc.), avec les corps en fusion ou en ignition (particules métalliques, charbon, cire et poix fondues, phosphore d'allumettes, etc.).

Les symptômes des brûlures varient suivant la nature de l'agent vulnérant et suivant la durée de son contact avec la muqueuse.

Dans le cas de brûlures légères, la couche épithéliale seule atteinte, devient opaline et se desquame, en même temps qu'apparaissent des symptômes d'hypérémie ou de conjonctivite catharrale traumatique, c'est-à-dire localisés, à peu près, au point où la conjonctive a été atteinte par le caustique, et n'ayant, contrairement aux conjonctivites catarrhales infectieuses, aucune tendance à envahir toute la muqueuse.

Au bout de quelques jours, surtout si un traitement rationnel a été institué, la douleur disparaît, la rougeur et la sécrétion diminuent et la conjonctive revient à l'état normal.

Les brûlures plus profondes entraînent la mortification des parties atteintes; celles-ci ont l'aspect d'îlots, de plaques d'un gris blanchâtre ou jaunâtre entourés de portions de conjonctive non escharifiées, rouges et boursouflées ; puis les eschares s'éliminent, les ulcérations suppurent, se recouvrent de bourgeons charnus fongueux et saignants et se réparent lentement, pendant que la muqueuse avoisinante attirée par la rétraction cicatricielle se fronce en une sorte de ptérygion traumatique plus ou moins épais.

Les dangers des brûlures de la conjonctive résultent évidemment de leur étendue et de leur profondeur. Les agents chimiques, dont l'action s'étend plus ou moins loin aux parties voisines, à cause de leur diffluence, brûlent moins profondément que les corps en ignition.

Les acides (chlorhydrique, azotique, le vitriol en particulier) fréquemment projetés sur l'œil par accident, ou dans une tentative criminelle, produisent des lésions d'autant plus profondes et plus graves, qu'ils sont plus concentrés et que leur contact est plus longtemps prolongé. Ces cautérisations mortifient non seulement une partie de la muqueuse, mais souvent aussi la sclérotique sous-jacente, d'où la perforation et la fonte du globe oculaire. Du reste, l'acide projeté atteint simultanément les paupières et la cornée et fréquemment le globe oculaire est totalement perdu.

Les corrosions par le mortier de chaux sont les plus communes. Lorsque le mortier est peu caustique et a été éliminé presqu'aussitôt sa pénétration dans les culs-de-sac, la conjonctivite traumatique guérit rapidement ; le blessé en est quitte pour une interruption de quelques jours de travail.

Il en est tout autrement lorsque la muqueuse a été brûlée profondément par la chaux vive. En dehors de la perforation possible de l'œil et de l'évacuation de son contenu, il faut redouter des complications souvent incurables et toujours des plus préjudiciables à la fonction visuelle. Je veux parler des adhérences cicatricielles plus ou moins complètes et étendues, entre les paupières et le globe de l'œil, lesquelles entravent partiellement ou totalement les fonctions de l'organe (symblépharon ou ankyloblépharon, entropion, trichiasis, déviation ou oblitération des points lacrymaux). Il est important de constater si le cul-de-sac conjonctival a été respecté par la brûlure, car on n'aura affaire, dans cette circonstance, qu'à un symblépharon incomplet, lésion assez facilement curable par une intervention bien conduite, et qui parfois ne diminuera pas sensiblement la valeur professionnelle du blessé.

Les brûlures par la flamme de l'alcool, qu'il m'a été permis d'observer chez des ouvriers occupés à souder des métaux, étaient très superficielles et n'ont donné lieu à aucune remarque particulière ; quant à celles que produit la vapeur d'eau, à la suite de l'éclatement d'un tube à niveau, d'une chaudière, etc., elles se compliquent souvent de désordres plus graves dus à la projection de fragments métalliques ou de verre.

Les corps en fusion ou en ignition agissent d'autant plus violemment que leur température est plus élevée. Les brûlures par la crasse de fer, par le fer, la fonte et l'acier en *fusion*, *dont* la température dépasse toujours 1.000 degrés,— communes chez les forgerons, les lamineurs et les fondeurs, — sont ordinairement profondes et exposent soit à la perte de l'œil, soit aux complications cicatricielles, dont j'ai parlé précédemment.

Des gouttelettes de métaux fondant à des basses températures (plomb, zinc, étain, antimoine, etc.) rejaillissent dans les yeux sans produire habituellement de lésions sérieuses. On a donné de ce fait une ingénieuse explication. Par suite du phénomène connu en physique sous le nom de caléfaction, les tissus, isolés du métal par une sorte de coussinet gazeux créé par l'évaporation brusque des larmes et des liquides répandus à la surface de l'œil, ne seraient plus, dès lors, qu'exposés au pouvoir rayonnant, d'ailleurs très faible, du métal en fusion. J'ai moi-même, avec un certain nombre d'auteurs, publié plusieurs observations de ces brûlures superficielles.

La première indication est d'extraire et de neutraliser l'agent corrosif. On enlève soigneusement, au moyen d'une curette ou d'une pince, les parties solides qui restent dans les culs-de-

sac conjonctivaux et en particulier sous la paupière supérieure. S'il s'agit d'un liquide caustique, on pratique un lavage propre à le diluer, en même temps qu'on instille des substances capables d'annihiler son action, une solution alcaline, s'il s'agit d'un liquide acide, ou inversement une solution d'acide borique, si on a affaire à un liquide alcalin. Contre les alcalis corrosifs, il faut se servir de lait, et contre la chaux, de l'huile et d'une solution concentrée de sucre. La plupart des maîtres maçons conseillent à leurs ouvriers d'avoir toujours sur eux un petit paquet de sucre (le remède à côté du mal), de façon à pouvoir s'en servir dès qu'ils sont brûlés par le mortier. On ne saurait trop approuver cette mesure.

La thérapeutique ultérieure doit être avant tout antiseptique et antiphlogistique ; il s'agit de prévenir les complications inflammatoires et cicatricielles. Réprimer la tendance fongueuse des bourgeons charnus par des cautérisations légères au crayon de nitrate d'argent est chose simple ; la partie la plus délicate et la plus difficile du traitement consiste à empêcher les adhérences anormales et la rétraction cicatricielle. Malheureusement, nos efforts restent souvent impuissants, et malgré l'interposition de corps étrangers, l'application de griffes, etc., une intervention ultérieure sera le plus souvent nécessaire.

Plusieurs d'entre vous m'ont vu opérer, il y a quelques semaines, un cas de soudure partielle des bords palpébraux du côté gauche consécutive à une brûlure. J'ai obtenu un résultat des plus satisfaisants, en sectionnant le tissu cicatriciel et en ectropionant pendant quelques jours les paupières, au moyen de deux sutures de Gillet de Grandmont, de manière à empêcher la réunion des parties séparées par l'opération.

La forme et la nature des *corps étrangers* de la conjonctive varient à l'infini. Un grand nombre de ces corps étrangers s'introduisent dans les plis des culs-de-sac de cette muqueuse, ou se logent entre les paupières (la supérieure surtout) et le globe de l'œil. Ce sont habituellement des poussières de charbon ou de coke, des cils, des paillettes métalliques projetées à froid ou à chaud et qui peuvent se fixer dans la conjonctive, des graviers de chaux ou de mortier plus ou moins caustique, des fragments de bois, des insectes, des grains de poudre, etc. D'autres, moins nombreux, adhèrent à la face externe de la conjonctive bulbaire, tels sont les coques de millet, de chènevis, les élytres de coléoptères, ou bien s'incrustent dans l'épaisseur de la muqueuse, comme les grains de poudre ou de plomb, les morceaux de verre, etc.

Les troubles qui résultent de la présence d'un corps étranger au niveau de la surface conjonctivale varient, suivant son siège, sa conformation, sa composition chimique, sa fixité ou sa mobilité, suivant la richesse de la région en éléments nerveux. C'est ainsi que les plis des culs-de-sac conjonctivaux dont les papilles sont rares, peu saillantes, et les corpuscules nerveux relativement clairsemés, peuvent tolérer pendant quelque temps, sans désordre bien apparent, des corps étrangers même volumineux. Les recueils spéciaux rapportent des observations curieuses d'épis de blé, de fragments de bois, de grosses mouches, restés ignorés du malade et méconnus du médecin, par suite d'un examen superficiel, et qui ne manifestaient leur présence que par une inflammation chronique de la muqueuse.

En règle générale, les corps étrangers libres dans les culs-de-sac sont relativement peu douloureux, et les seuls symptômes appréciables sont ceux d'une sensation de gêne plus ou moins accusée et d'une inflammation catarrhale simple de moyenne intensité. Quelques-uns, déchirant la conjonctive, se fixent sous cette membrane, s'enkystent au milieu de véritables végétations polypiformes, ou pénètrent plus profondément dans la région orbitaire. Dans quelques cas, la paupière supérieure se tuméfie et l'on observe du larmoiement, une sécrétion catarrhale ou purulente. On a vu, par contre, rarement il est vrai, des malades porter inconsciemment et sans gêne dans cette région, pendant des années, des corps étrangers encapsulés dans une membrane conjonctive. De même des grains de plomb, de poudre, de petits fragments de verre, s'enkystent dans la conjonctive bulbaire et sont très facilement tolérés. J'ai trouvé, il y a plusieurs années, un éclat de verre de 3 millimètres au centre d'une végétation fongueuse du repli semi-lunaire. Le malade se rappela avoir été blessé, huit années auparavant, par les morceaux d'une bouteille qui s'était brisée en la bouchant. Une plaie très grave de l'éminence thénar avait laissé passer inaperçu le fragment de verre qui avait pénétré la conjonctive. Le malade n'avait jamais souffert de cette excroissance et ne s'en faisait débarrasser que parce qu'elle augmentait de volume et saignait au moindre contact.

Même absence de réaction marquée, lorsqu'une coque de millet adhère à la muqueuse bulbaire ou lorsqu'une minuscule paillette métallique vient se fixer dans son épaisseur, au niveau de son diamètre horizontal ; une sensation de gêne insignifiante, une petite plaque ecchymotique, et une vascularisation légère, bien limitée, constituent tout l'appareil symptomatique.

Il n'en est plus de même lorsque les corps étrangers durs, anguleux, comme des copeaux métalliques, des fragments de pierre, adhèrent à la conjonctive tarsienne supérieure. Chaque clignement de la paupière, surtout si le corps étranger occupe le voisinage de la ligne verticale, chaque mouvement du globe oculaire sont le point de départ de douleurs intolérables, rapportées toujours au même point par le patient et dues aux frottements exercés sur la cornée : aussi le malade tient-il son œil constamment fermé. L'injection conjonctivale est bientôt à son maximum, la pupille se contracte, le larmoiement est continuel, la photophobie intense, et l'on observe ces spasmes réflexes de l'orbiculaire que la volonté est impuissante à maîtriser. Dans ce cas, il est exceptionnel que le blessé ne se hâte pas de se faire extraire le corps étranger ; autrement, les douleurs et les symptômes d'irritation vont croissant et provoquent, chez l'adulte, un état d'excitation prononcée, excitation qui, chez l'enfant, peut aller jusqu'aux attaques convulsives ; une conjonctivite intense se déclare que compliqueront rapidement des lésions cornéennes. Parfois, cependant, le corps du délit se trouve, au bout de quelques jours, entraîné par la sécrétion conjonctivale.

Il n'est pas absolument rare que des corps étrangers, même volumineux, passent inaperçus du praticien consulté, et cela, presque toujours faute d'un examen méthodique. La seule manière d'éviter semblable méprise, c'est d'explorer, attentivement, minutieusement le cul-de-sac conjonctival.

Une injection subite de la conjonctive, accompagnée d'une douleur fixe, de blépharospasme et de photophobie, doit faire penser à quelque corps étranger, souvent dissimulé sous la paupière supérieure.

Un examen à la légère a souvent fait prendre pour une pustule conjonctivale une demi-coquille de millet qui est venue se plaquer sur la conjonctive bulbaire au voisinage du bord cornéen. On distingue assez facilement l'une de l'autre en constatant à la loupe la surface convexe et polie du corps étranger, les dentelures de ses bords, sa couleur blanc-jaunâtre particulière, etc. Enfin, l'extirpation avec l'aiguille lèvera immédiatement tous les doutes.

Les corps étrangers sous-conjonctivaux (grains de plomb, fragments de verre, etc.), sont parfois confondus avec de petites tumeurs d'apparence kystique, ou bien ils se cachent au milieu de végétations polypiformes, et ne sont reconnus qu'après leur ablation.

Une fois découvert, le corps étranger doit être immédiatement enlevé. S'il est mobile ou très peu adhérent, on peut se servir, comme le font chaque jour les personnes étrangères à la médecine, d'un morceau de papier enroulé ou du mouchoir du malade, etc. Ce dernier peut même réussir à déloger un corps étranger de la conjonctive palpébrale supérieure, en attirant en bas la paupière supérieure et en l'appliquant au devant du bord libre de l'inférieure dont les cils balayent ainsi la muqueuse tarsienne. Il peut également se faire qu'en opérant le renversement de la paupière afin d'explorer la conjonctive, le corps étranger tombe dans le cul-de-sac inférieur ou sur la joue du patient qui se sent immédiatement soulagé.

Si le corps étranger est enclavé dans la muqueuse bulbaire, il est nécessaire de recourir à l'aiguille, à la pince et quelquefois à l'excision d'un pli conjonctival.

S'agit-il de ces cas dans lesquels la muqueuse bulbaire est comme tatouée par d'innombrables grains de poudre ? Ici les tentatives d'extraction feraient pis que l'abstention ; aussi ne conseille-t-on d'intervenir que si les grains sont volumineux et clairsemés.

Enfin, les végétations des culs-de-sac seront fouillées avec le stylet mousse, et une fois le corps étranger reconnu, on opérera de façon à l'enlever en totalité, en même temps que l'excroissance.

L'instillation du collyre à la cocaïne permettra de combattre efficacement les spasmes de l'orbiculaire et de pratiquer l'extraction du corps étranger, presqu'à l'insu du malade.

Chez les enfants, il peut cependant devenir nécessaire de recourir à l'emploi du chloroforme, tant pour l'exploration que pour l'extraction.

Une fois le corps étranger enlevé, les symptômes d'irritation disparaissent peu à peu ; le collyre à l'acide borique et à la cocaïne aidera à abréger la durée de la sensation de gêne qui persiste parfois pendant quelques heures ; s'il y a plaie de la conjonctive, après l'extraction du corps étranger, on fera usage de la pommade iodoformée (iodoforme 20 cent. vaseline, 10 gr.).

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

Conduite à tenir dans la présentation du fœtus par le siège pendant le travail

Par le Dr Paul Petit. (*Suite et fin.*)

I. — *Siège complet* (suite).

2° *Le fœtus souffre.* — Il faut *abaisser le pied antérieur* (ce qui est toujours facile quand le siège est complet), l'attirer à la vulve et *terminer l'accouchement*, car le fœtus, dès lors qu'on l'a touché, peut respirer prématurément.

Le membre étant garni d'une compresse, on le saisit au ras de la vulve maternelle et l'on tire *très en bas*, en *maintenant le dos du fœtus en avant*, pour prévenir la rotation de l'occiput en arrière et, par suite, *l'enclavement.* A mesure que le membre descend, on doit reporter sa prise de plus en plus haut, de façon à garder le contact vulvaire. Les efforts de l'accoucheur, à la fois ménagés et soutenus, doivent exactement coïncider avec les poussées utérines, doublées de contractions volontaires de la part de la femme ; celle-ci doit donc être éveillée.

Quand la hanche antérieure est dehors, on relève le fœtus et l'on dégage, à la main, le membre postérieur. On saisit ensuite, de chaque main, chacun des membres, au niveau de leur racine et, prenant soin de ne jamais remonter au delà, on continue à tirer vers le plancher ; quand le cordon apparaît, on y fait une anse et l'on procède au dégagement des épaules et de la tête suivant les principes qui ont déjà été exposés.

Si le fœtus souffre et si le col est incomplètement dilatable, on aura recours préalablement à la dilatation artificielle avec une ou deux mains, ou avec le ballon Champetier, procédés sur lesquels nous ne pouvons insister ici. Disons seulement que, dans les cas *limites*, et si le temps presse, on peut compléter la dilatation avec le fœtus lui-même, après abaissement du pied ; mais l'on comprend qu'il faille alors accentuer la lenteur de l'extraction, sous peine d'arrêt de la tête fœtale au niveau du col utérin. Ajoutons enfin qu'en cas d'étroitesse du vagin on se trouvera toujours très bien de la dilatation vaginale præfœtale à l'aide du ballon Champetier.

II. — *Siège décomplété, mode des fesses.* — Il faut procéder à *l'abaissement prophylactique du pied antérieur.* Cette manœuvre est *toujours inoffensive* quand on suit les règles élémentaires de la prudence obstétricale (asepsie et cheminement progressif de la main agissante, contre-pression exercée sur le globe utérin dès que cette main pénètre dans le col, etc.); elle est *toujours efficace* et *utilisable*, avec ou sans l'aide du chloroforme, même quand le siège est dans l'excavation, même quand le siège, étant encore au détroit supérieur, la dilatation est incomplète ou le col rétracté, Elle a détrôné, sans conteste, les *applications de forceps sur le siège*, le plus souvent décevantes, car cet instrument est fait pour le sommet et

non pour le siège, et l'emploi des *lacs de tout calibre et de toute substance* dont les méfaits ne sont plus à démontrer.

Cette manœuvre consiste simplement en ceci : on glisse celle de ses deux mains qui correspond au plan antérieur du fœtus, le long de la cuisse antérieure de celui-ci ; puis, par une pression convenablement dirigée, on fléchit cette cuisse tout en la portant en abduction. Le pied correspondant tombe en même temps sur le dos de la main agissante, qui n'a qu'à se retourner légèrement pour le saisir. C'est d'une simplicité géniale et nous devons en rendre grâce au professeur Pinard.

Le siège est-il au détroit supérieur ? Il faut, autant que possible, introduire, l'un après l'autre, tous les doigts de la main au devant du plan antérieur du fœtus ; mais l'index et le médius peuvent parfois suffire. Le fœtus est-il dans l'excavation ? La main agissante arrivera encore à ses fins, en repoussant un peu, au besoin, consciemment ou non, la région fœtale qui se présente.

III.— *Fœtus mort et macéré.* — Le mieux est de laisser l'accouchement aller seul, même pour l'expulsion de la tête, afin d'éviter l'arrachement de celle-ci.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin praticien ne peut relever que de sa conscience.

Dans une leçon récente : *Les procès en responsabilité médicale ; procédure et rôle du médecin-expert, (Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, novembre 1897), M. Brouardel expose la question avec clarté.

Nous voulons relever dans cette leçon le passage suivant : « La justice doit être égale pour tous, mais ce serait commettre une injustice que de juger avec la même sévérité une erreur commise par un médecin des grandes villes ou un médecin de la campagne. En effet, *à Paris*, dans un cas de responsabilité, où il y aura eu, soit erreur de diagnostic, soit erreur de traitement, le magistrat pourra demander pour quelle raison le médecin de la ville incriminé n'a pas, s'il n'était pas absolument sûr de lui, demandé l'avis d'un consultant. Ainsi, moi, qui n'ai pas fait d'accouchement depuis 1871, j'estime que, me trouvant en face d'une femme enceinte, *j'aurais tort* d'essayer de faire une version, une basiotripsie ou une symphyséotomie, alors que bien d'autres qu'*il m'est facile* d'appeler, sont plus aptes que moi à pratiquer ces opérations obstétricales. ».

Assurément nos confrères de province ont une tâche autrement difficile que celle du médecin des grandes villes, car ils sont obligés de faire face à toutes les difficultés. — Or, comme en médecine et en chirurgie, chaque cas est un cas nouveau et particulier, si l'on attendait d'avoir sur chacun d'eux une expérience personnelle pour agir, on ne sortirait jamais de la théorie du laisser-aller ou du laisser-mourir.

A la campagne le médecin doit donc agir et se comporter selon les indications que lui fournit son expérience générale des choses médicales et chirurgicales, et selon les indications de sa conscience. Dans de telles conditions, la responsabilité du praticien est considérablement atténuée.

Dans les grandes villes, c'est une autre affaire. Nous sommes absolument de l'avis de M. Brouardel, quand il dit qu'il faut mettre le plus possible sa responsabilité à couvert. — Un client a une hernie étranglée depuis moins de vingt-quatre heures, il reste encore assez de temps au médecin de la famille pour demander un chirurgien habile ou envoyer le patient à l'hôpital, et c'est ce qu'il fera, au lieu d'opérer seul. Il agira de même en cas de croup. A plus forte raison, le médecin de la famille s'adressera-t-il à un spécialiste lorsqu'il s'agira de cas non urgents mais sérieux, comme d'une affection des yeux, d'une question gynécologique importante, d'une maladie des voies urinaires, d'une fracture comminutive, d'un accident grave, d'un diagnostic obscur, etc., parce que, s'il échouait, le client aurait le droit de lui dire : « Monsieur, nous avions à notre portée un spécialiste que l'on vient consulter de tous les pays, qui eût peut-être été plus habile que vous. Il m'eût conservé ce membre ou le mouvement de ce membre ; il m'eût guéri l'œil, tandis que vous, vous m'avez estropié et éborgné. » — Et le client aurait raison !

Recourir aux lumières des spécialistes est donc une obligation et même un devoir pour le médecin des grandes villes, — *excepté en accouchement.*

En accouchement il n'y a jamais une minute à perdre, et nous différons ici complètement d'avis avec M. Brouardel. Nous trouvons même ses conseils pernicieux.

Non ! dans les grandes villes, il n'est pas *toujours facile* d'avoir promptement un spécialiste. Qui ne connaît les transes de l'attente, pendant les démarches infructueuses à la recherche d'un accoucheur ? Qui ne s'est trouvé dans la cruelle obligation d'envoyer à la Maternité une bonne cliente, faute de spécialiste ? Et cette attente, ces transports si courts soient-ils, sont préjudiciables et quelquefois fatals à l'enfant et à la mère.

Le médecin est appelé par une sage-femme pour une hémorragie par insertion vicieuse, pour une présentation de l'épaule, pour un rétrécissement du bassin, lorsque la tête presse depuis de longues heures contre la symphyse. L'enfant est vivant. Encore une fois, voilà ce médecin en face d'un de ces terribles drames d'accouchement (les commères diront boucherie tout à l'heure) avec deux existences entre les mains ! Il a moins de pratique que M. Brouardel ; c'est peut-être son premier accouchement ; que fera-t-il ?

Songera-t-il qu'on le traitera d'âne s'il échoue, que ses intérêts pourront en souffrir s'il intervient, que son amour-propre est en jeu, que ses confrères le jugeront avec malveillance, que la calomnie le salira et que peut-être on l'accusera d'homicide ? Verra-t-il la prison, le tribunal, la condamnation, son avenir brisé ? Ecoutera-t-il plutôt la voix de sa conscience qui lui crie : « Si tu désertes lâchement ; si tu recules devant la responsabilité, si tu ne surmontes point tes émotions, si tu n'es pas résolu et courageux, si tu laisses mourir, — et tu sais que personne ne t'en accusera ! — si tu rejettes le fardeau, en

expédiant la malheureuse à l'hôpital sans rien tenter, tu n'auras pas rempli ton devoir ! L'attente tuera l'un ou l'autre, ou les deux. Ton intervention les sauvera peut-être... ! » C'est l'action que le médecin choisira et non la néfaste inertie ! Attendre la voiture d'ambulance une heure, un spécialiste plusieurs heures, quand la catastrophe est imminente ! Se croiser les bras ? Allons donc ! Le secours est toujours loin quand il le faut de suite ! Attend-on l'arrivée des pompiers pour jeter de l'eau sur un commencement d'incendie et éviter un immense sinistre ? Quoi qu'il arrive, le médecin aura toujours sa conscience pour lui. S'il n'a pas réussi, il se dira que personne n'est infaillible. Qu'importe d'ailleurs le jugement d'autrui, si la conscience est tranquille ?

Les accouchements dramatiques sont fréquents et la plupart des catastrophes sont dues à l'atermoiement des sages-femmes ou à une intervention plutôt tardive que maladroite. Chacun de nous pourrait en citer de nombreux et malheureux exemples.

Parmi tous les cas de dystocie dont nous avons été le témoin ou l'acteur, il nous en revient un qui démontre combien l'expectation pourrait être funeste. Qu'on nous permette de le résumer brièvement.

C'était en 1882 ; un client court après moi dans la rue, un matin, pour me prier de venir auprès de sa femme qui accouchait ; il était envoyé par la sage-femme. C'était le dixième accouchement de cette cliente. Tous s'étaient bien passés, mais tous les enfants élevés au biberon mouraient de convulsions vers l'âge de cinq ou six mois. Depuis cinq ans je soignais cette famille — sans espoir d'honoraires. — Après quelque résistance, je cède disant : « Je suis très occupé en ce moment... Si cela ne va pas, j'enverrai votre femme à la Maternité.. inutile d'ajouter un accouchement à votre note ! » — Je trouve hors de la vulve un bras cyanosé et une large anse du cordon qui battait régulièrement. Pas de compression. L'enfant se portait bien. Le transport de cette femme à la Maternité est possible, dis-je à la sage-femme ; elle y sera dans une heure... Accompagnez-la, et tâchez de maintenir le cordon réduit.— Et je pars.

Dans la rue, je ralentis bientôt le pas. C'est dommage ! pensais-je... leur dixième ! et bien vivant ! ... C est un enfant mort d'ici à la maternité... sûrement ! ... la mère peut aussi gravement pâtir du transport... j'ai déjà fait deux versions (moins que M. Brouardel)... J'ai réussi... il s'agit bien de songer aux honoraires !... Je vais être un malhonnête homme! ... — Brusquement, je retourne, grimpe l'escalier... — Donnez-moi un tablier ! .. — En cinq minutes j'avais un garçon en état d'asphyxie, mais complètement ranimé après une demi-heure de soins.

Quinze jours après, la mère et l'enfant se portaient bien. Cet enfant est le seul des dix qui ait vécu, du moins jusqu'en 1890, époque à laquelle les parents ont quitté le pays, sans m'avoir versé le moindre acompte.

M. Brouardel lui-même ne fût-il pas intervenu, de même qu'il interviendrait dans d'autres circonstances où il recommande l'appel d'un spécialiste ?

Agissons donc, confrères ! et si nous échouons, M. Brouardel viendra, espérons-le, nous soutenir devant les tribunaux.

15 janvier 1898. Dr Courgey.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association des médecins de la Vallée de la Meuse.

25 *juillet* 1897.

Présents : MM. Stein, *Président*, Baude, Saint-René Bonnet, Desplans, d'Hôtel, Gignac, Parmentier, Pillière, Roland, Rousseau, Renson, Sejournet, Trévelot.

M. le Président Stein fait un éloge ému de M. le Dr Carion, ancien Président du Syndicat.

M. Renson accepte les fonctions de secrétaire en remplacement de M. Saint-René Bonnet, démissionnaire.

M. Hennecard, de Charleville, est admis comme membre du Syndicat.

Mutualités et assurances.

Le Syndicat approuve la conduite du Dr Baude, de Deville, dans sa lutte contre le Conseil d'administration de la société de Secours mutuels.

M. Desplans, de Rimogne, a traité avec une compagnie d'assurances en dehors des règles du Syndicat, mais il s'est trouvé dans des conditions toutes particulières et sa manière de faire n'a causé aucun préjudice à ses confrères : son traité est adopté provisoirement.

M. Pillière, de Charleville, a reçu des offres dérisoires de la compagnie des chemins de fer départementaux : il les a repoussées, mais il retient son droit de priorité spécifié par les statuts.

M. Saint-René Bonnet propose qu'à l'avenir, quand un traité avec une collectivité quelconque prendra fin, par suite du décès ou du départ du titulaire, aucun médecin n'accepte la situation. Tous les médecins de la ville pourraient être appelés, selon le choix des malades, à soigner, au prix du tarif général, les membres de la collectivité qu'un seul soignait à prix réduit.

Cette proposition sera discutée à la prochaine réunion.

Recouvrement des honoraires.

Une commission composée de MM. Stein, d'Hôtel, Pillière, Trévelot et Renson est chargée d'étudier la question.

M. Renson voudrait qu'on pût obtenir un texte de loi permettant aux médecins de recouvrer les honoraires qui leur sont dus par les ouvriers, sans être obligés de recourir aux huissiers. Ces honoraires seraient privilégiés en toute première ligne et, sur le vu du juge de paix, les médecins pourraient faire retenir le montant de leurs notes sur le dixième du gain, par acomptes mensuels, fixés d'accord avec l'ouvrier.

Cette proposition, favorablement accueillie, sera transmise à l'Union des Syndicats.

Le Secrétaire,
Dr Renson.

REPORTAGE MÉDICAL

Les vœux des masseurs et des magnétiseurs de France. — Les sages-femmes, nous l'avons dit, tendent des bras suppliants vers le Parlement, afin d'obtenir un joli petit morceau de notre domaine professionnel, le droit au forceps.

Cette prétention a mis en campagne (l'exemple est contagieux) un autre groupe de nos collaborateurs occasionnels, MM. les masseurs et magnétiseurs, qui font circuler sous le titre de pétition la mirobolante circulaire qui suit :

Société magnétique de France

Faculté des sciences magnétiques.

Ecole pratique de magnétisme et de massage

Ecoles secondaires à Lyon et Bordeaux.

Enseignement supérieur libre, reconnu par décision du 26 mai 1894.

Syndicat des masseurs et magnétiseurs

« Les malades guéris ou soulagés par le massage, le magnétisme ou le massage magnétique, d'accord avec les partisans de ces pratiques,

Considérant :

« 1° Que les masseurs et les magnétiseurs guérissent un grand nombre de malades que les médecins sont impuissants à soulager ;

2° Que leurs pratiques et procédés, excluant toute prescription de médicaments, ne présentent aucun danger ;

« 3° Que les médecins, n'ayant jamais apprécié le magnétisme, ni même le massage à leur juste valeur, ne remplissent pas toujours les conditions physiques (? !) nécessaires pour se livrer à la pratique de cet art ;

« 4° Que les connaissances indispensables pour pratiquer le magnétisme et le massage sont faciles à acquérir, par tous ceux qui possèdent certaines dispositions spéciales ;

« 5° Enfin, que certains individus ne possédant aucune instruction sont de puissants guérisseurs ;

« Demandent instamment aux pouvoirs législatifs que les droits du masseur et du magnétiseur soient définis dans un amendement qui doit compléter la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. »

A quand la pétition des dormeurs et des dormeuses de la Vendée, qui doivent avoir hâte de légitimer leur situation, malgré les regards bienveillants de la magistrature qui protège, à sa manière, la santé publique ?

Bibliographie. — Les maladies évitables, moyens de les éviter et d'en combattre la propagation, par le Dr Bouloumié, ouvrage rédigé au nom d'une commission composée de MM. Duclaux, Du Mesnil, Drouineau, Lédé, Martha, A. J. Martin, Napias, Philbert ; Dr Bouloumié, *rapporteur*. — (Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain.)

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, Budin, P. Cornet, H. Duret, P. Keraval, G. Manoury, Monod. J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet-Edwards.

La sixième édition de ce Manuel, revue et augmentée, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. *Anatomie et physiologie ;* — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières ;* — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. — Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux.* — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 : 7 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

— *Qui doit choisir le spécialiste ?* — Un jugement du tribunal d'Ancenis vient d'établir que si le médecin d'un *mutualiste* prescrit à celui-ci de réclamer les soins de tel spécialiste, la société ne sera responsable des honoraires de celui-ci, que s'il est bien celui qu'a désigné le médecin.

—*Le monopole de la quinine en Italie.*—Le ministère italien va déposer un projet de loi au terme duquel l'Etat s'emparerait du monopole de la vente de la quinine, afin de combattre plus efficacement la malaria... (et peut être aussi le déficit, disent les gens soupçonneux).

—*Nouveaux journaux.* —Nous souhaitons la bienvenue aux *Archives de médecine des enfants* dont nous venons de recevoir le premier numéro et que dirige M. le Dr Comby, le nouveau Président de l'Union des Syndicats. Même vœux pour la *Revue du praticien*, dont le Rédacteur en chef est M. le Dr A. Le Blond ancien président du Syndicat de la Seine.

Les cadres du corps de santé militaire. — Le général Billot, ministre de la guerre, a informé la commission de l'armée qu'aucun projet d'augmentation des cadres du corps de santé ne pouvait encore être présenté cette année... faute de ressources !

Il est vrai que, devant la Chambre, le ministre vient de déclarer que ce projet sera déposé pour le budget prochain.

Un sénateur médecin. — M. le Dr Pozzi vient d'être élu sénateur de la Dordogne, en remplacement de notre confrère M. le Dr Gadaud, récemment décédé.

Les honoraires des aides, lors d'une opération. — Le Bulletin du Collège des médecins bruxellois enregistre le jugement prononcé par un tribunal de Justice de paix, en septembre dernier. D'après ce jugement, les *médecins-aides dans une opération pratiquée par un confrère n'ont aucun droit à faire valoir leur créance près de l'opéré ou de la famille de celui-ci.* Le juge a déclaré que la « jurisprudence dans ce cas a décidé, avec raison, qu'aucun lien de droit ou d'obligation n'existe entre l'aide et le malade ou la famille du malade, la rémunération de l'aide incombant à l'opérateur qui l'a choisi, sauf pour ce dernier à faire entrer cet élément dans la fixation de ses propres honoraires.

« Que, d'ailleurs, cette décision est conforme à l'usage général suivi *dans ce même cas* et constaté également par la jurisprudence. »

Le médecin demandeur a été débouté de son action et condamné aux dépens. Donc, c'est au médecin opérateur à payer ses aides ; ceux-ci n'ont pas à envoyer leurs notes d'honoraires au client du médecin opérateur et doivent s'entendre avec ce dernier au sujet de leur rémunération. (*Scalpel.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.237. — M. le docteur Borély, du Havre (Seine-Inférieure), présenté par M. le docteur Solland, de Vichy (Allier).

N° 4238. — M. le docteur Couderc, d'Ahun (Creuse), présenté par M. le docteur Treille, de Lavaveix-les-Mines (Creuse).

N° 4239. — M. le docteur Neveux, de Torcy (Seine-et-Marne), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr de Pietra-Santa, directeur du *Journal d'Hygiène*, fondateur de la *Société d'hygiène* et de *l'Association de la presse scientifique*. Nous adressons nos compliments de condoléance à ses fils qui suivent les traces de leur père, un journaliste médical ardent et laborieux, qui a bien mérité de la science et de la profession.

Nous apprenons également la mort de deux membres de l'Académie, MM. *Mesnet* et *Péan*, dont les obsèques viennent d'être célébrées avec une grande solennité.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 7 12 Février 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'exercice illégal et immoral de la médecine. Lettre ouverte à M. Milliard, sénateur, garde des sceaux.

Monsieur le Ministre,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance, des faits dont vous ne seriez, sans doute, jamais informé hiérarchiquement, ou qui vous trouveraient pris au dépourvu, de la plus déplorable façon, s'ils étaient dénoncés d'ici quelques jours à la tribune du Parlement.

Au cas où il vous plairait d'ordonner au plus vite une enquête, afin d'éviter la continuation du scandale, nous compléterons pour vous la désignation des localités, ici faite par de simples initiales.

Le correspondant, qui nous a signalé ce que vous allez lire, est un homme réfléchi, ennemi du bruit, de la plus haute probité professionnelle, estimé de tous et de ses confrères, doué du tact et de la mesure que vous rencontrerez chez nos meilleurs Présidents de Syndicats médicaux, et *personnellement* désintéressé aujourd'hui du préjudice encouru par notre profession, dans ces répugnantes affaires.

Comme il parle simplement au nom de la loi violée, de la morale outragée impunément, de la santé publique mise en péril, nous vous transmettons sa protestation sans y changer un iota.

1° « Une *dormeuse* a été dernièrement signalée « au Parquet de N. *par la Préfecture*. Cette per« sonne reçoit chaque jour des malades (150 à « 200, quand il y a foire ou marché !) et leur vend « une pommade pour les yeux. Or, le Procureur « de la République a refusé de la poursuivre, pré« tendant qu'il n'y avait pas de preuves ! Il se« rait seulement d'avis qu'elle fût traduite de« vant le tribunal de simple police, comme devi« neresse, c'est-à-dire comme exerçant un métier « illicite. »

2° « Dans la même localité, un prêtre retraité « *avoue* se livrer à l'exercice illégal de la méde« cine, mais seulement, dit-il, sur ses parois« siens ???? qu'il n'a pas, puisqu'il est prêtre li« bre.

« Pas de poursuites ! »

3° « Dans un département voisin, à A., patrie « de beaucoup de *dormeuses* et de *dormeurs*, un « de ceux-ci donne des injections abortives, et « conseille, comme remède souverain, le *sperme* « *à avaler*, ajoutant que le sien est le meilleur. « Inutile d'insister sur le procédé opératoire re« commandé ; mais aux femmes, qui répugnent « à cet exercice, il propose de déposer au préa« lable le sperme sur un mouchoir. Les faits « sont constatés dans un rapport de la gendar« merie d'O... (V...) De plus, il sont connus « de tout le monde, même dans des villes de dé« partements voisins, et je sais un médecin, « M. le Dr T., qui a déposé une plainte à ce sujet, « sans obtenir qu'il en fût tenu compte.

« Et toujours pas de poursuites ! Voilà où « nous en sommes. »

A vous, Monsieur le Ministre, comme à nos lecteurs, nous demandons pardon d'écrire de pareils détails.

Mais vous penserez, sans doute, qu'un journal rédigé pour les médecins exclusivement, peut se permettre cette dérogation à ses habitudes de bonne tenue, quand il poursuit un but élevé comme celui de la protection de la santé publi-

que et de la morale, et se voit obligé, pour atteindre ce but, de forcer la main de vos subordonnés récalcitrants.

Le corps médical est fatigué, Monsieur le Ministre, de lutter ainsi contre l'inertie et le mauvais vouloir des Parquets, lorsqu'il a conscience d'user d'un droit formellement reconnu par la loi du 1er décembre 1892, et de remplir un pénible devoir, qui incombe surtout aux représentants de votre administration, et auquel ils se dérobent, par pure paresse, ou pour des considérations d'une mesquinerie révoltante.

Le jour où nos législateurs, dont vous faisiez partie, ont voté cette loi de protection publique, réclamée depuis si longtemps, ont-ils voulu atteindre le but recherché ? Evidemment oui, sinon, ils eussent joué une indigne comédie parlementaire, avec l'arrière-pensée de gagner notre appui sur le terrain électoral, et nous ne leur ferons pas l'injure de les accuser de cela. D'insurmontables obstacles se sont-ils donc dressés devant l'exécutif depuis ce temps-là ? Non : pas de nouveaux crédits budgétaires à attendre, pas de respectables intérêts à ménager, pas de conflits à prévoir — Comme par le passé, rien que les préjugés connus à combattre, à pourchasser, à détruire, et c'était le but qu'on se proposait en armant l'Etat. On a pensé que notre concours pouvait être utile ; l'avons-nous refusé ? Non, mais dès que nous l'offrons, on se dérobe. Pourquoi ? Recherchez-le, Monsieur le Ministre ; nous voulons bien dénoncer les charlatans et les voleurs, mais il nous répugnerait de prendre votre place pour nous faire justice contre tels ou tels magistrats qui assistent impassibles à la violation des lois, ou qui se refusent à leur application.

La loi sur l'exercice illégal est doublement vôtre : après l'avoir votée, vous avez accepté la responsabilité de son exécution.

S'il règne encore plus d'équité que d'arbitraire en France, nous voulons espérer que bientôt les médecins s'en apercevront dans le changement d'attitude des Parquets, au sujet de l'exercice illégal de la médecine sous toutes ses formes.

Et notre longanimité attend impatiemment cette ère nouvelle !!!

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, etc.

Le Conseil d'administration du Sou Médical.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le microbe du rhumatisme articulaire aigu.

MM. *Triboulet* et *Coyon* poursuivent leurs recherches sur les microbes du rhumatisme articulaire aigu et se croient, dès maintenant, autorisés à conclure que le rhumatisme articulaire aigu est une sorte de septicémie provoquée par deux ou trois variétés microbiennes : un diplocoque, particulièrement prédominant, un bacille fin et une forme spéciale de bacille décrite par M. Achalme.— Le diplocoque paraît, au point de vue clinique, assumer la plus grande part des lésions produites, puisqu'il semble être la cause des déterminations valvulaires du rhumatisme.

En effet, l'inoculation intra-veineuse d'une culture pure de ce microbe a pu déterminer, sur la valvule mitrale du lapin, la formation de végétations assez grosses pour tuer l'animal en 20 jours par rétrécissement mitral aigu, végétations que l'examen histo-bactériologique révèle nettement comme consécutives à l'action du diplocoque inoculé.

La tuberculine T. R. de Koch dans le traitement des tuberculoses.

La nouvelle tuberculine T. R. de Koch, dont nous avons parlé à différentes reprises, a ses partisans et ses détracteurs : MM. Bouchard, Letulle et Péron se montrent peu satisfaits de cette innovation allemande. M. Dauriac, de Paris, publie dans le *Progrès médical* une étude sur 14 cas de tuberculose chirurgicale et dix-sept observations de tuberculose médicale traitées par l'injection de tuberculine T. R.

Dans la première série (tuberculose chirurgicale), les résultats sont absolument étonnants. On voit des ulcérations linguale, laryngienne, des fistules à l'anus, un mal de Pott, des abcès ganglionnaires, des gommes tuberculeuses du poumon, du doigt, etc., guéries comme par enchantement.

Dans la seconde série (tuberculose pulmonaire, vésicale, etc.), les résultats sont moins palpables. Néanmoins, les malades cessent de cracher, n'ont plus de bacilles, augmentent de poids, recouvrent l'appétit et les forces et les phénomènes d'auscultation et de percussion disparaissent peu à peu. Bref, dans tous les cas où les lésions ne sont pas trop avancées, on peut affirmer la guérison. Dans les cas plus *graves* (cavernes), une amélioration très notable s'est toujours produite.

En aucun cas, il n'y a eu le moindre accident.

On avait pu objecter aux médecins allemands qu'ils opéraient en des sanatoria, et que l'amélioration de leurs malades était surtout due au traitement hygiénique qu'ils suivaient.

M. Dauriac, lui, n'a traité que des pauvres diables pour la plupart, à la consultation de l'Hôtel-Dieu ou dans un dispensaire public : des ouvriers, des vagabonds même, des gens qui continuaient leur métier ou leur vie de fatigue et d'excès, sans prendre aucun remède, sans suivre aucun autre traitement.

Comme le dit notre distingué confrère, le Dr Verdalle, dans le *Journal de Bordeaux*, nous serait-il enfin permis d'espérer que nous pourrons nous rendre maîtres de cette terrible et si décevante tuberculose ! Le climat, l'hygiène, l'air à haute dose, la bonne alimentation, voilà bien des remèdes ; mais ils ne sont pas à la portée de toutes les bourses. Ils continueront du reste quand même, à constituer des facteurs très importants de la guérison ; M. Dauriac le reconnaît ; et quelqu'action qu'ait la tuberculine, elle est fortement aidée par les bonnes conditions d'hygiène.

La belladone chez les enfants.

Nous extrayons, d'un travail paru dans la *Médecine moderne*, les conseils suivants donnés par M. Comby, sur la manière de formuler les différentes préparations belladonées chez les enfants.

Pour l'usage interne, la préparation pharmaceutique la plus employée est la teinture alcoolique de belladone, qui se prescrit par gouttes.

R. Blache est pour les doses faibles, et conseille de ne pas dépasser III, IV, V gouttes jusqu'à deux ans, V à VIII gouttes jusqu'à trois ans, X à XX gouttes jusqu'à dix ans ; encore faut-il avoir soin de fractionner les doses.

J. Simon, qui a toujours beaucoup usé de la teinture de belladone, va plus loin et déclare qu'il a pu donner sans danger, en fractionnant les doses, XL gouttes à des enfants de trois ans, LX gouttes à quatre ans, et jusqu'à CXX gouttes chez une fille de treize ans.

Il n'y a pas, en effet, de règle absolue et l'on doit chercher à atteindre la limite des effets physiologiques (visage animé, yeux brillants, pupilles dilatées). En donnant V gouttes de teinture par année d'âge, soit X gouttes à un enfant de deux ans, XX gouttes à un enfant de quatre ans, XXX gouttes à un enfant de six ans, on ne nuira pas, à la condition de répartir cette dose sur toute la journée et de s'arrêter s'il y a intolérance ou menace d'intoxication. C'est surtout à la période convulsive de la coqueluche qu'on usera largement de la belladone, soit pure, soit associée à l'aconit. On pourra prescrire :

Teinture de belladone	} àâ	5 gram.
Alcoolature d'aconit		

X, XX, XXX gouttes, en quatre ou cinq fois dans la journée, suivant l'âge des enfants ; on se servira, comme véhicule, d'une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée.

La teinture de belladone peut être associée à la teinture de drosera rotundifolia ou de grindelia robusta.

Teinture de belladone........	5 gram.
— de drosera ou de grindelia........	10 —

X à L gouttes, en vingt-quatre heures.

On peut aussi mêler la teinture à un sirop simple ou composé :

Teinture de belladone....	XXX gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger	10 gram.
— de codéine.........	10 —
Eau distillée............	60 —

une cuillerée à café deux ou trois fois par jour suivant l'âge.

Dans les douleurs intestinales, J. Simon a prescrit IV à X gouttes, avant le repas, de la mixture suivante :

Teinture de belladone....	} àâ	5 gram.
— de cannelle......		
— de Colombo.....		

Dans les douleurs qui accompagnent quelquefois la menstruation chez les jeunes filles, il a conseillé l'association avec l'élixir parégorique :

Teinture de belladone.......	5 gram.
Elixir parégorique	10 —

On peut donner par jour, à une fillette de douze à quinze ans, XL à LX gouttes de cette préparation.

Quand, dans la coqueluche, le cœur faiblit, quand le pouls prend une fréquence exagérée, il y a avantage, comme le faisait H. Roger, à associer la belladone à la digitale ; on peut prescrire à son exemple :

Teinture de belladone.....		10 gram.
— de valériane....	} àâ	5 —
— de digitale		

V à LX gouttes par jour suivant l'âge.

Si la teinture de belladone est aujourd'hui la préparation la plus employée, il n'en a pas toujours été ainsi, et l'on avait recours volontiers à la poudre et à l'extrait.

Sandras prescrivait dans la coqueluche :

Poudre de racines de belladone	5 centigr.
Sucre pulvérisé	25 —

pour un paquet ; 2 à 8 par jour suivant l'âge.

Trousseau formulait :

Poudre de belladone...	} àâ	1/2 centigr.
Extrait de belladone...		

pour une pilule ; une le matin, ou une matin et soir, suivant l'âge (au-dessous ou au-dessus de quatre ans) ; pour faire prendre ces pilules, on les écrase et on les mêle à de la confiture, à du sirop, à du lait sucré, etc.

Le sirop de belladone est très employé, soit pur, soit mitigé par le sirop de tolu ; M. Cadet de Gassicourt prescrit :

Sirop de belladone..........	50 gram.
— de tolu	150 —

une cuillerée à café en deux fois dans la première enfance, puis augmentation progressive par demi-cuillerée à café, jusqu'à sédation des quintes de coqueluche. Pour les enfants de plus de sept ans, on commencera par deux cuillerées à café et on augmentera progressivement, jusqu'à ce que les pommettes rougissent et que les pupilles se dilatent.

On peut associer le sirop de belladone au sirop d'opium, de codéine, d'éther, etc.

Sirop de belladone..........	30 gram.
— de codéine............	30 —
Bromure de potassium	2 —
Eau de fleurs d'oranger.....	40 —

Une cuillerée à café matin et soir *à trois ans* ; trois cuillerées à café par jour au-dessus de cet âge.

En résumé, la dose moyenne de sirop de belladone sera d'une cuillerée à café (5 grammes) par trois années d'âge : une cuillerée à trois ans, deux à six ans, trois à neuf ans, quatre à douze ans, etc. On pourra aller plus loin en suivant de près les effets du médicament et en fractionnant les doses. Les extraits, teintures, sirops de belladone, n'ont malheureusement pas toujours une valeur égale. Il y a des teintures très énergiques et d'autres qui le sont très peu. Nous ne savons jamais d'avance quelle est la teneur en *atropine* des teintures que nous prescrivons. De là, une grande incertitude dans les effets obtenus. Il serait préférable de recourir, d'un commun accord, au sulfate neutre d'atropine, dont il est facile d'avoir des solutions parfaitement titrées.

Quant on se sert de l'alcaloïde, du sulfate d'atropine, qui n'est pas seulement employé en oculistique, mais encore en médecine interne, on choisit des solutions très étendues ; Archambault prescrivait une solution au millième :

Sulfate d'atropine,.........	1 centigr.
Eau distillée................	10 gram.

1 goutte trois fois par jour dans une cuillerée à café d'eau, pour un enfant d'un an ; doubler au bout de quelques jours pour les enfants plus âgés.

J. Simon, plus audacieux, a pu donner à trois ans, dans la coqueluche, jusqu'à 2 milligrammes d'atropine par jour, soit XL gouttes de cette solution. Il ne serait pas prudent de débuter par cette dose.

Dans l'épilepsie et les affections convulsives de l'enfance, si l'on emploie la belladone, on fera bien de l'associer au bromure de potassium, qui renforcera son action calmante et antispasmodique.

On pourra prescrire :

Extrait de belladone.....	10 centigr.
Bromure de potassium...	10 gram.
Sirop d'écorce d'orange amère..................	200 —

Une cuillerée à café matin et soir dans la première enfance, une cuillerée à dessert deux fois par jour, de cinq à dix ans, deux et trois cuillerées à soupe au-dessus de dix ans.

Pour l'usage externe, la belladone est prescrite en pommade ou en liniment.

La pommade se faisait autrefois avec l'axonge et l'extrait de belladone, à la dose de 4 grammes d'extrait pour 30 grammes de corps gras.

Aujourd'hui on se sert plus volontiers de vaseline comme excipient.

L'onguent napolitain belladoné a pour formule :

Extrait de belladone........	4 gram.
Onguent napolitain..........	30 —

Les liniments se font avec l'huile :

Extrait de belladone........	4 gram.
Huile d'olive.................	30 —

Un des liniments les plus connus est le *baume tranquille* qui, entre autres nombreuses substances narcotiques et antispasmodiques, contient des feuilles fraîches de belladone contusées, cuites dans l'huile, passées avec expression et filtrées.

La belladone se prescrit encore en suppositoires, soit pour calmer les épreintes et les douleurs de la fissure anale, soit pour amener des évacuations.

Chez les enfants constipés, M. Comby a prescrit souvent des suppositoires creux au beurre de cacao avec :

Glycérine.................	8 gram.
Aloès......................	10 centigr.
Extrait de belladone.......	1 —

En cas de turgescence gingivale, avant l'éruption dentaire, on a fait des frictions avec un sirop de dentition à la belladone et à la cocaïne.

Sirop de belladone..........	10 gram.
Chlorhydrate de cocaïne.....	25 centigr.

On voit combien variées sont les applications de la belladone en médecine infantile.

Danger de l'acide picrique dans le traitement des brûlures.

Les beaux jours de l'acide picrique comme topique des brûlures, tendent à s'assombrir : un moment, on a pu croire que ce médicament allait envahir la thérapeutique dermatologique, mais les détracteurs de l'acide picrique se font de plus en plus nombreux.

M. le Dr *Latouche*, d'Autun, a relaté à la Société de chirurgie deux cas d'intoxication par l'acide picrique, qu'il a observés chez des enfants auxquels il a appliqué le pansement picriqué pour des brûlures. Les accidents d'intoxication se sont manifestés par des vomissements, des coliques avec selles diarrhéiques, de la somnolence, de l'abattement, etc. En outre, les enfants sont devenus jaunes, non seulement au niveau des parties blessées, mais encore au niveau des autres parties du corps. Dans les urines qui avaient une couleur noire, on a trouvé une forte quantité d'acide picrique. M. Latouche a encore constaté que le pansement picrique provoquait des douleurs violentes au moment de son application.

Pour ce qui est des douleurs provoquées par l'application du pansement, M. Walther a pu constater qu'elles sont telles, qu'il a renoncé à l'emploi de l'acide picrique dans les brûlures.

M. Berger a fait la même constatation. Plusieurs fois il a essayé l'acide picrique chez les enfants et chaque fois il a été obligé de défaire le pansement à cause des douleurs qu'il provoquait.

M. Tuffier a renoncé à l'acide picrique à cause de ses inconvénients qui sont : 1° la pigmentation de la cicatrice ; 2° l'irritation du pourtour de la plaie. Il n'a jamais pu constater que l'acide picrique exerçât une action particulièrement favorable sur les brûlures.

M. Brun n'hésite pas à affirmer que chez les enfants, l'acide picrique est non seulement douloureux, mais vraiment dangereux. Chez un enfant de 18 mois, qui s'était brûlé les jambes et a été pansé à l'acide picrique, il est survenu une série de symptômes d'intoxication (diarrhée, vomissements, agitation, etc.) qui ont amené la mort de l'enfant.

M. Michaux a toujours vu l'acide picrique agir d'une façon très favorable sur les brûlures et les ulcérations ; jamais les malades, du moins les adultes, ne se sont plaints de douleurs.

M. Lucas-Championnière a vu l'acide picrique provoquer chez des adultes des douleurs intolérables et même du délire. En outre, l'acide picrique n'a aucune action particulière sur les brûlures.

M. Reynier considère que l'acide picrique réussit dans les brûlures superficielles, mais qu'il est très douloureux dans les brûlures profondes.

M. Potherat confirme que l'acide picrique est très douloureux chez les enfants et ne possède pas de vertus particulières comme cicatrisant.

M. Reclus a proscrit l'acide picrique de son service à cause des douleurs qu'il provoque et à cause de l'absence de toute action particulière.

M. Hartmann a pansé, dans les cas de brûlures des membres, un membre avec le pansement iodoformé, l'autre avec le pansement picriqué. Il a constaté régulièrement que la douleur disparaît plus vite et la cicatrisation se fait mieux du côté pansé à l'iodoforme que du côté pansé à l'acide picrique. L'acide picrique provoque des douleurs et des érythèmes.

Jusqu'à nouvel avis, nous conclurons de cette discussion que les pansements picriqués peuvent avoir du bon, mais seulement chez les adultes ;

nous en avons obtenu des résultats concluants et nous ne saurions leur dénier toute efficacité.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Rétrécissements de l'urèthre.

Notre distingué confrère le Dr *Desnos* vient de publier un très remarquable traité des maladies dont il s'occupe spécialement, c'est-à-dire des voies urinaires, et nous demandons à nos lecteurs la permission de leur en recommander la lecture. D'ailleurs, la question des rétrécissements de l'uréthre, que nous allons traiter aujourd'hui, au point de vue pratique, sera largement inspirée par le livre de M. le Dr Desnos, et l'on pourra juger de la précision et de la science remarquables qui caractérisent les œuvres de cet excellent auteur.

On donne le nom de rétrécissements de l'urèthre à une diminution permanente du calibre de ce canal, tenant à la production dans l'épaisseur de ses parois d'un tissu fibreux, d'origine soit inflammatoire, soit traumatique.

Sont donc éliminés : les retrécissements spasmodiques, les rétrécissements dus á une inflammation actuellement aiguë, et ceux qui proviennent de la compression des parois par une tumeur de voisinage.

Il existe trois classes de rétrécissements 1° les rétrécissements inflammatoires ; 2° les rétrécissements cicatriciels et scléro-cicatriciels ; 3° les rétrécissements congénitaux.

Etiologie.

Les rétrécissements inflammatoires sont, le plus souvent, d'origine blennorrhagique, mais succédent surtout à la blennorrhagie chronique ; les rétrécissements apparaissent généralement tardivement, deux ou trois ans au moins après la blennorrhagie, et siègent le plus habituellement dans le cul-de-sac du bulbe.

Les rétrécissements cicatriciels succèdent á des traumatismes de l'urèthre : rupture pendant une chute à califourchon, fracture du bassin, rupture de la corde pendant la blennorrhagie, section par une balle, par une morsure, etc, ou simplement, petites ruptures pendant une érection au cours de la blennorrhagie, pendant le coït, etc.

Certaines lésions internes de la muqueuse, comme les déchirures par calculs, corps étrangers, sondes, les fausses routes, amènent plutôt des cicatrices plus ou moins dures que des rétrécissements proprement dits.

Les ulcérations produites par les gommes syphilitiques péniennes, par les chancres intra-uréthraux, sont des causes de rétrécissements très durs, mais rares. Le séjour des corps étrangers, même prolongé, peut amener des ulcérations, mais non des rétrécissements. La masturbation, les excès de coït ne peuvent amener de rétrécissements à moins de rupture uréthrale. Enfin, les injections uréthrales incriminées par Civiale, Després, etc., ne paraissent pas devoir entrer en ligne de compte dans l'étiologie des rétrécissements, même les injections au nitrate d'argent, à moins, bien entendu, qu'on ait employé un liquide caustique ou une solution trop forte : « On connait, au contraire, la puissante action du nitrate d'argent contre les uréthrites chroniques ; ce médicament constitue à ce titre un excellent moyen préventif pour empêcher la production d'un rétrécissement.

« Quant à la fréquence relative des diverses espèces de rétrécissements, elle est indiquée par le tableau suivant :

Sur 219 rétrécissements,
187 étaient blennorrhagiques.
27 étaient traumatiques.
5 étaient chancreux. »

Au point de vue anatomo-pathologique, nous serons bref : Les rétrécissements inflammatoires sont presque toujours multiples : du méat au bulbe, dont le cul-de-sac est notablement diminué de calibre, on rencontre une série d'obstacles, qui vont en se resserrant et forment comme une série de détroits diminuant le calibre uréthral de distance en distance. L'uréthre est, en somme, lésé dans la plus grande partie de son étendue ; les lésions se poursuivent davantage d'avant en arrière et atteignent leur maximum au niveau du bulbe. Les rétrécissements inflammatoires ont une disposition infundibuliforme, dont l'orifice antérieur est entouré de saillies, d'irrégularités, contribuant à rejeter cet orifice sur un des côtés. La longueur ne dépasse généralement pas quelques millimètres, mais si l'on trouve parfois de simples brides membraneuses minces, on rencontre aussi des bandes assez longues de tissu fibreux dues á la juxtaposition et á la soudure de plusieurs rétrécissements. On ne peut préciser par des chiffres le degré de striture que ces rétrécissements atteignent parfois : Otis dit qu'un uréthre est rétréci, quand on n'y peut introduire une sonde n° 33 Charrière, de 11 mm. de diamétre.

C'est une grande exagération et, le plus souvent, c'est seulement sur la constatation d'inégalités, de saillies intra-uréthrales, bien plus que sur des mensurations plus ou moins théoriques qu'on se basera pour diagnostiquer un rétrécissement.

Les rétrécissements cicatriciels sont généralement fort durs et irréguliers, amenant souvent une déviation assez prononcée du canal, parfois même son oblitération. Leurs caractères distinctifs sont : 1° *d'être uniques* ; 2° d'apparaître avec *une grande rapidité*, quinze à vingt jours aprés le traumatisme.

Les rétrécissements scléro-cicatriciels de Guyon participent à la fois de la forme blennorrhagique et de la forme cicatricielle : ils siègent exclusivement dans la région pénienne et succèdent fréquemment á des traumatismes légers.

Quoique friables, ils résistent cependant à la distension.

Les lésions de voisinage, qui accompagnent presque toujours les rétrécissements uréthraux, sont : les poches, les tumeurs urineuses, les abcès urineux, l'infiltration d'urine, les fistules, les calculs uréthraux, les pyélites et pyélonéphrites, les urétérites, etc.

Quant á la vessie, elle se présente aux autopsies sous quatre aspects différents :

1° Une vessie grande, avec des parois minces, indique que la distension a été rapide et le muscle vésical forcé (rétrécissements traumatiques).

2° Une vessie grande à parois hypertrophiées a lutté au contraire contre un obstacle lentement

progressif (rétrécissements blennorrhagiques).

3° Une vessie petite, rétractée, revenue sur elle-même, mais à parois non épaissies, ne se rencontre guère que dans les cas de fistule ; la vessie est physiologiquement supprimée.

4° Une vessie petite, rétractée, à parois épaisses, est ou a été le siège d'une cystite ancienne et intense qui a accompagné le rétrécissement.

II.

SYMPTÔMES.

« Un rétrécissement peut pendant longtemps passer inaperçu : s'il est d'origine blennorrhagique, la formation en est lente : le malade prend inconsciemment l'habitude de faire des efforts plus grands pendant la miction, et surtout, le muscle vésical, en presence de l'obstacle, s'hypertrophie de telle sorte que l'urine est soumise à une pression plus forte, et que le débit n'est pas diminué. »

Cependant, apparaissent quelques troubles de la miction : la forme du jet d'urine est modifiée, et surtout la force de projection est diminuée au point parfois de ne plus couler qu'en bavant goutte à goutte ou sous forme d'un jet extrêmement mince ; les malades disent qu'ils « urinent sur leurs chaussures ». La vessie ne se vidant que difficilement, les besoins sont fréquents et souvent même impérieux, surtout s'il y a cystite. Mêmes phénomènes de rétention pour le sperme et l'éjaculation ; cette dernière devient douloureuse et le sperme s'écoule en bavant, lorsque la verge est revenue à la flaccidité. Progressivement, les accidents s'accentuent : la fréquence des besoins d'uriner augmente pendant le jour, puis pendant la nuit ; apparaît ensuite l'incontinence par regorgement, d'abord diurne, puis nocturne ; le malade éprouve des douleurs périnéales, lombaires, abdominales, les urines, d'abord muco-purulentes, deviennent glaireuses, ammoniacales ; l'urèthre est constamment enflammé et sécrète plus ou moins abondamment un mucus filant ou liquide. Les mictions deviennent de plus en plus difficiles ; pour les réaliser, le malade doit faire de fréquents et pénibles efforts ; la rétention vésicale s'accentue, malgré la fréquence de ces tentatives, et expose aux terribles accidents de la rupture vésicale et de l'infiltration d'urine. L'état général et le moral s'altèrent : le malade ne pense plus qu'à ses urines et aux difficultés de ses mictions ; l'appétit se perd, l'anémie s'accentue, la langue devient rouge et desquamée ; survient alors une difficulté de déglutition due à la sécheresse du pharynx, que Guyon appelle la dysphagie buccale ; enfin, on voit progressivement arriver la cachexie urinaire, avec fièvre, facies jaune et pâle, amaigrissement, perte des forces, coma et mort.

Au cours des accidents provoqués par les rétrécissements, il peut survenir une cystite plus ou moins intense (cystite des rétrécis), qui est sous la dépendance de l'âge du sujet et de la rapidité du développement du rétrécissement. Elle est fréquente chez les vieillards et chez les jeunes gens dont le rétrécissement succède à un traumatisme ; mais elle est rare chez les adultes qui ont un rétrécissement à marche lente, et dont la vessie a le temps de s'hypertrophier pour lutter contre les difficultés progressives de la miction. La cystite éclate souvent aussi à la suite d'injections forcées ou d'un cathétérisme malpropre.

Outre la cystite, les rétrécissements uréthraux peuvent provoquer la pyélite, l'urétérite, la pyélo-néphrite par infection ascendante.

Pour avoir la certitude de l'existence des rétrécissements uréthraux, l'étude des symptômes fonctionnels et leur constatation ne suffisent pas ; il faut pratiquer une exploration directe du canal. L'instrument indispensable est la bougie en gomme à boule olivaire, cet instrument, préalablement stérilisé à l'eau bouillie, à la vapeur mercurielle ou au formol, enduit d'huile aseptique ou naphtolée, sera introduit dans l'urèthre avec douceur, lenteur et patience : on commencera par le numéro 16 ou le 18, et on le poussera jusqu'au premier obstacle sérieux, en ayant soin de le remplacer par des numéros progressivement plus faibles jusqu'à ce que l'on tombe sur un numéro qui puisse passer sans trop de difficultés. « A ce moment, on éprouve un sentiment de liberté très net : la boule n'est plus serrée et s'avance librement. Au retour, on recueille les mêmes sensations ; on sent l'instrument traverser un espace plus ou moins étendu, rigide et comme rugueux, puis un ressaut brusque au delà duquel l'instrument se trouve libre de nouveau. Cette sensation du ressaut au retour est nécessaire pour établir sûrement le diagnostic. On ne peut affirmer l'existence d'un rétrécissement qu'après l'avoir franchi. » (Guyon.)

« Les rétrécissements constitués par des brides situées en avant de certains foyers d'uréthrite sont très élastiques et se laissent facilement effacer par l'explorateur en gomme qui ne permet pas de les reconnaître. M. Desnos a fait construire des explorateurs métalliques munis d'olives coupées à arête vive, qui, au retour, non seulement sont arrêtés par les moindres obstacles uréthraux, mais indiquent également sur quelle paroi ils sont situés.

« Le siège de l'obstacle est variable : souvent on est arrêté au méat dont l'étroitesse entrave l'exploration ou plus loin, dans la région pénienne. Si l'obstacle est unique, c'est qu'il existe dans les antécédents du malade un chancre ou un traumatisme ; si les rétrécissements sont multiples et si leur étroitesse augmente et acquiert son maximum au cul-de-sac du bulbe, on est en face d'un rétrécissement blennorrhagique. Lorsqu'on n'a trouvé qu'un seul obstacle à la région bulbaire, le rétrécissement est probablement traumatique ; le rétrécissement blennorrhagique unique est peu commun. Enfin, certains urèthres indurés font éprouver à l'instrument une série de ressauts sur tout leur parcours.

« Dans quelques cas, tout instrument est arrêté, si délié qu'il soit : on emploie alors des bougies filiformes soit droites, soit contournées en vrille ou en baïonnette. »

Au point de vue *du diagnostic*, les rétrécissements de l'urèthre présentent quelques petites difficultés que nous nous bornerons à signaler. Après examen attentif des commémoratifs, en ce qui concerne une blennorrhagie ancienne, un traumatisme (chute ou rupture uréthrale pendant le coït) ou bien un chancre uréthral, on écartera l'idée de possibilité d'une hypertrophie prostatique, ou de calculs vésicaux ou uréthraux, la symptomatologie en étant assez différente. En

revanche, on aura parfois quelque peine à faire le diagnostic d'un rétrécissement et d'un spasme de l'urèthre. Le spasme uréthral, qui apparaît surtout dans la région membraneuse, se reconnaît surtout à la variabilité des symptômes qu'il provoque et à leur brusque disparition sous telle ou telle influence, il se reconnaît aussi au défaut de proportion entre l'étroitesse même de son resserrement et le peu de symptômes graves provoqués par cet obstacle ; il y a presque toujours des intermittences dans la marche des accidents dus au spasme pur. Les causes ordinaires du spasme sont la nervosité excessive, la tuberculose vésicale ou rénale, la pyélite, la lithiase, les calculs, le phimosis, les rétrécissements de la portion pénienne.

Au cathétérisme, le spasme uréthral donne la sensation d'un resserrement qui avec de la douceur et de la lenteur finit par céder et ne donne pas de ressaut brusque à l'instrument comme les rétrécissements vrais.

Les rétrécissements uréthraux ont un pronostic relativement sérieux, car, s'ils n'aboutissent pas souvent à la rétention, à la cachexie urinaire et à la mort, ils donnent fréquemment lieu à des accidents de cystite et même, lorsqu'ils sont convenablement traités, ils récidivent au bout de quelques années.

III

TRAITEMENT.

Nous ne pouvons opposer aux rétrécissements uréthraux qu'une thérapeutique chirurgicale, et entre les différentes méthodes que nous avons à notre disposition, nous pourrons choisir suivant les cas, entre les méthodes dites de douceur, et les méthodes dites de force.

Méthodes de douceur : 1° La cautérisation au nitrate d'argent de Hunter et Home et à la potasse de Whatheley. Ce procédé est abandonné aujourd'hui.

2° L'électrolyse linéaire de Fort et de Lavaux est fondée sur ce principe que l'électrode négative développe à son niveau dans les tissus une eschare molle : le conducteur négatif est introduit dans l'urèthre, le pôle positif est placé sur la cuisse et l'on fait passer un courant électrique faible. Ce procédé est peu douloureux, il donne de bons résultats immédiats, mais pas toujours durables.

M. Desnos préfère l'application des courants continus d'une faible intensité.

3° La dilatation lente, progressive au moyen des bougies filiformes, précédée de tentatives d'injections d'eau stérilisée sous pression d'1m pendant 1/2 heure, ou bien précédée d'essais de cathétérisme appuyé au moyen des bougies de gomme ou de cire, ou encore, de cathétérisme avec une bougie filiforme tortillée en S, en vrille ou en baïonnette.

La dilatation se fait soit avec des bougies en gomme à extrémité conique, dont la pointe est pourvue d'un renflement olivaire, ou bien avec les bougies métalliques Béniqué progressivement graduées. Généralement, on fait passer deux ou trois numéros successivement et chaque séance doit être courte et espacée de la précédente de 48 heures. L'antisepsie la plus absolue doit toujours présider à ces pratiques de cathétérisme répété, afin d'éviter sûrement les complications septiques du côté de la vessie et de l'urèthre.

Pour plus de sécurité, le profes. Guyon a imaginé de monter sur chaque bougie Béniqué une bougie filiforme, vissée à son extrémité antérieure et servant ainsi de conducteur pour permettre le cathétérisme à la suite sans crainte de fausses routes.

Méthodes de force. — Les procédés violents employés contre les rétrécissements uréthraux sont le cathétérisme forcé de Boyer, de Mayor et de Thiry, sans conducteur préalable, la dilatation forcée rapide précédée de l'introduction d'un conducteur filiforme, la dilatation immédiate progressive de Le Fort, avec sonde à demeure, la divulsion de Voillemier, l'uréthrotomie interne de Maisonneuve, l'uréthrotomie externe périnéale, sur conducteur ou sans conducteur, les deux uréthrotomies combinées, l'uréthrectomie ou résection de l'urèthre, enfin le cathétérisme rétrograde par une cystotomie hypogastrique préalable. Contre les rétrécissements incurables, M. Poncet a pratiqué l'uréthrostomie périnéale.

Après cet exposé rapide des innombrables procédés de traitement des rétrécissements uréthraux, nous devons, avec M. Desnos, formuler une opinion sur le choix de tel ou tel de ces procédés.

α. La cautérisation doit être abandonnée.

β. L'électrolyse avec faible courant de 3 à 6 milliampères doit être réservée aux rétrécissements mous, peu étendus, sans complications.

γ. La dilatation lente, progressive et permanente constitue la méthode de choix pour tous les rétrécissements, sauf les contre-indications suivantes : Résistance trop grande, difficultés d'accès, rétrécissements irritables, inflammations de voisinage, fièvre et infection. Dans ces cas, le plus sûr et le plus rapide moyen sera l'uréthrotomie interne sur la paroi supérieure.

Une fois le rétrécissement détruit, la guérison ne saurait être durable, si l'on négligeait l'antisepsie d'abord et l'entretien de la dilatation par un cathétérisme rigoureusement progressif et patient. Un urèthre *rétréci a toujours besoin de surveillance* et ne peut rester guéri qu'à ce prix.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin rétribué comme expert et non comme simple témoin.

Monsieur le Directeur,

Il y a quelques semaines j'ai été invité à me rendre au Parquet, à 11 kilomètres de mon domicile, pour être interrogé par le juge d'instruction au sujet d'une femme morte que j'avais soignée dans ses derniers moments.

L'interrogatoire terminé, j'ai été taxé comme un simple témoin à 2 fr. 20.

J'ai demandé au Procureur de la République à être taxé comme médecin, il a refusé.

Je me suis adressé au Ministre de la Justice qui a fait droit à ma réclamation et j'ai reçu une nouvelle taxe, soit 13 fr. 80.

Si vous jugez bon de porter ce fait à la connaissance de nos confrères du *Concours médical*, ils verront par mon exemple et par celui du

Dr C. (*Concours médical*, 1897, page 551) que si tous les médecins réclamaient, Messieurs du Parquet seraient à la fin plus justes, car c'est la justice que nous réclamons.

Dr B.

CORRESPONDANCE

Publicité opportune donnée à la circulaire Barthou.

Chaville (S.-et-O.), 31 janvier 1898.

Cher Directeur,

En vous adressant mon bulletin d'adhésion au *Sou médical*, je vous signale le petit incident local suivant.

Dans son rapport annuel, publié par le journal la *Rive gauche*, le secrétaire de notre société de secours mutuels avait dit à l'assemblée générale dernière :

« Comme nouveau venu parmi vous, je ne puis « connaître les causes qui empêchent le développe« ment de la Société, mais si nous cherchons bien, « ne devons-nous pas mettre au nombre des raisons « qui en retardent l'accroissement, une petite diffi« culté qui a surgi au sujet de l'admission des nou« veaux membres.

« Vous savez qu'un de nos honorables médecins, « toujours si dévoués à nos malades, a cru devoir « exiger des honoraires pour délivrer le certificat « d'admission, ce qui n'existait pas autrefois ; en mê« me temps il n'a pas voulu délivrer ce même cer« tificat à des personnes établies, sous prétexte que « les sociétés de secours mutuels ne doivent être « composées que d'ouvriers proprement dits.

« En raison du petit nombre d'entrées nouvelles, « *il serait à souhaiter que cet obstacle soit écarté et je* « *ne crois pas que nous serions en contradiction avec la* « *loi, en admettant, à l'avenir, parmi nous tous ceux* « *qui s'y présenteront.* »

J'adressai, dès le lendemain, ma réponse, au journal en question, qui la fit paraître sans tarder.

« Monsieur le rédacteur,

« M. Baudart, secrétaire-général de notre société » de secours mutuels, veut bien s'occuper de « moi dans un rapport que vous venez de publier. « Pour répondre à cette doucereuse attaque, per« mettez-moi de céder la parole à M. le ministre de « l'intérieur, défenseur naturel de tous les mutualis« tes de France. Voici ce qu'on peut lire dans une « circulaire récente, adressée par M. Barthou à MM. « les préfets :

(*Ici la circulaire que vous avez publiée.*)

« Je vous serai reconnaissant, Monsieur le rédac« teur, de vouloir bien insérer cette lettre dans vo« tre prochain numéro. Elle a beaucoup moins pour « but de répondre aux insinuations de M. Baudart, « qui ne sauraient m'atteindre, que de faire connaî« tre aux intéressés les recommandations que M. le « ministre de l'intérieur juge à propos de leur adres« ser.

« Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assu« rance de mes sentiments les plus distingués.

« Dr E. Darin. »

J'ai profité ainsi, mon cher Directeur, de l'occasion qui m'était offerte, pour donner un peu de publicité régionale, suivant votre conseil, à la circulaire Barthou.

Veuillez agréer, etc.

Dr E. Darin.

Notre confrère, qui a été l'un des présidents du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles, avait mis en pratique, on le voit, la règle adoptée par cette active Société : *n'hésiter jamais à faire ses affaires soi-même.* De plus, il n'a pas perdu la vigilance, qui était entrée dans ses habitudes quand il prit charge de l'intérêt général des médecins de la région. Ceux-ci lui en seront reconnaissants, et ne manqueront pas de s'associer aux félicitations que nous lui adressons.

Voilà un exemple à suivre sur tous les points du territoire, en avertissant les Présidents de sociétés que nous nous chargeons d'appliquer la circulaire, si les intéressés ne s'exécutent pas galamment d'eux-mêmes.

Mais, le danger de l'ultimatum, vont dire encore les timides ! Quel est le *confrère* qui le serait assez peu, pour aider la société de secours mutuels de Chaville, à *écarter* l'obstacle, suivant la gracieuse formule de son secrétaire général ? Le syndicat de Versailles, que nous connaissons, lui réserverait une de ces conduites de Grenoble, comme on peut en rêver une organisée par l'Ordre des médecins. Et puis, le *Sou médical* a promis de s'occuper de ces petites choses-là, si cela devient nécessaire.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Usurpation du titre de docteur, par un officier de santé.

Beaucoup de médecins se sont étonnés de voir acquitté, d'abord devant le tribunal correctionnel de Châteaudun, puis devant la Cour de Paris, en 1896, un officier de santé poursuivi en vertu de l'article 20 de la loi Chevandier, pour usurpation du titre de docteur en médecine.

Le garde des sceaux lui-même, usant d'un droit reconnu, tint à faire saisir la Cour de Cassation, par un pourvoi du procureur général, afin que la jurisprudence fût fixée en cette matière.

Après rapport très étudié de M. le conseiller Sevestre, la Cour vient de rendre l'arrêt suivant, qui confirme la doctrine des premiers juges :

« Sur le moyen unique du pourvoi pris de la violation par fausse interprétation et par refus d'application de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, en ce que l'arrêt attaqué aurait déclaré à tort ledit article inapplicable à l'officier de santé qui, n'ayant aucun diplôme de docteur en médecine, usurpe néanmoins ce titre.

Attendu, en fait, que Cerviotti, officier de santé, était, aux termes de l'exploit de citation, poursuivi sous la prévention d'avoir, en 1895, à Terminiers, usurpé le titre français de docteur en médecine, en faisant précéder ou suivre son nom, dans les ordonnances et certificats médicaux, du titre de docteur en médecine.

Que le texte visé par la poursuite était l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, lequel est ainsi conçu : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs. »

Attendu que l'arrêt attaqué a renvoyé le prévenu des fins de la poursuite par le motif que le fait qui lui était imputé, quelque répréhensible

qu'il fût, ne rentrait pas dans les prévisions dudit article 20 et n'était puni par aucun texte de loi ; que c'est contre cette décision qu'a été formé le pourvoi ;

Attendu, en droit, que, pour déterminer le sens et la portée de l'article 20 précité, il importe de rappeler la législation qui régissait l'exercice de la médecine en France antérieurement à la loi du 30 novembre 1892 et les modifications qui y ont été apportées par cette dernière loi ;

Que, sous l'empire de la loi du 19 ventôse an XI, trois catégories de personnes pouvaient légalement exercer la médecine en France : 1° les docteurs en médecine ayant obtenu leur grade dans une des Ecoles de médecine de l'Etat, lesquels avaient le droit d'exercer leur profession sur toute l'étendue du territoire français ; 2° les officiers de santé ayant obtenu leur grade à la suite d'examens subis devant un jury spécial, qui ne pouvaient exercer la médecine que dans le département pour lequel ils avaient été reçus ; 3° les médecins étrangers gradués dans les Universités étrangères, auxquels le gouvernement pouvait, en vertu d'une disposition spéciale de la loi de ventôse, concéder le droit d'exercer la médecine sur le territoire français ;

Attendu que les seules dispositions pénales édictées par ladite loi du 19 ventôse an XI étaient contenues dans les articles 35 et 36 de cette loi ; que l'article 35 punissait d'une peine de simple police l'exercice illégal de la médecine, sans usurpation d'aucun titre, et que cet exercice illégal, lorsqu'il était accompagné de la circonstance aggravante d'usurpation, soit du titre de docteur en médecine, soit du titre d'officier de santé, était puni par l'article 36 d'une amende correctionnelle dont le taux variait suivant la nature du titre usurpé ; mais qu'en l'absence d'un texte applicable au fait par un officier de santé, exerçant légalement la médecine dans le département pour lequel il avait obtenu son diplôme, de prendre sans droit le titre de docteur, la Cour de cassation, appelée à interpréter la loi de ventôse, décidait que cette usurpation de titre, lorsqu'il n'y avait pas exercice illégal de la médecine, « constituait sans doute un acte de vanité répréhensible, mais ne rendait pas son auteur passible de la pénalité édictée par l'article 36 de ladite loi » ;

Attendu que la loi du 30 novembre 1892, en abrogeant celle du 19 ventôse an XI, a profondément modifié les conditions légales de l'exercice de la médecine en France ; qu'en effet, l'article 1er de cette loi dispose, en termes généraux, qu'à l'avenir nul ne pourra exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français ; qu'en subordonnant ainsi, pour l'avenir, la faculté d'exercer la médecine en France à l'obtention préalable du diplôme français de docteur en médecine, le législateur de 1892 a tout à la fois supprimé l'officiat de santé et enlevé au gouvernement la faculté qu'il tenait de la loi de ventôse an XI de concéder à des médecins étrangers, diplômés dans des Facultés étrangères, le droit d'exercer la médecine sur le territoire français ;

Attendu toutefois que, par application du principe que la loi ne dispose que pour l'avenir, qu'elle n'a point d'effet rétroactif, et ne saurait porter atteinte aux droits antérieurement acquis, le législateur de 1892, dans les articles 28 et 29 de la loi nouvelle, a décidé que les médecins venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de ladite loi, continueraient à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur avait été donnée, et que les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de cette loi conserveraient le droit d'exercer la médecine ; qu'elle a même autorisé ces derniers à exercer la médecine sur tout le territoire de la République.

Attendu en ce qui touche les dispositions pénales édictées par la loi du 30 novembre 1892, que cette loi ne s'est pas bornée, ainsi que le faisait la loi du 19 ventôse an XI, à punir l'exercice illégal de la médecine, avec ou sans usurpation de titre, et à aggraver sensiblement, dans ces deux cas, les pénalités; qu'elle a voulu, en outre, que dans une hypothèse spéciale qu'elle prévoit et définit dans son article 20, l'exercice même légal de la médecine fût puni d'une amende correctionnelle de 100 à 200 francs lorsque celui qui pratiquerait licitement l'art de guérir, étant pourvu d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté étrangère, ferait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine ou sans indiquer l'origine étrangère ;

Attendu que vainement le pourvoi soutient qu'il y aurait lieu d'appliquer par voie d'analogie et même *a fortiori* les pénalités de l'article 20 à l'officier de santé qui, n'étant pourvu d'aucun diplôme de docteur en médecine, usurpe néanmoins ce titre ; que le doute sur les intentions du législateur, à cet égard, est d'autant plus permis que sous l'empire de la législation de ventôse cette usurpation du titre de docteur par un officier de santé n'était pas considérée comme constituant par elle-même, et indépendamment de tout exercice illégal de la médecine, un fait légalement punissable ; que la jurisprudence de la Cour de cassation sur ce point était certainement connue des auteurs de la loi du 30 novembre 1892, et que, s'ils avaient entendu modifier sur ce point l'état de choses préexistant, ils n'auraient pas manqué de le déclarer dans un texte formel et précis ; que ce texte n'existe pas.

Attendu que le doute sur les intentions du législateur de 1892, en ce qui concerne ce point spécial, augmente encore si l'on considère que, tout en supprimant pour l'avenir l'officiat de santé comme une institution qui ne présentait pas pour l'exercice de la médecine des garanties suffisantes de savoir et de capacité, il a néanmoins, par une extension considérable des droits dont jouissaient, sous l'empire de la loi de ventôse, les officiers de santé, conféré à ceux dont il respectait les droits acquis, la faculté d'exercer la médecine, non plus seulement dans le département où leur diplôme leur donnait ce droit, mais encore sur toute l'étendue du territoire français ;

Attendu, d'ailleurs, qu'en matière pénale tout est de droit étroit, qu'on ne saurait raisonner par voie d'analogie et qu'il n'appartient pas aux juges chargés d'appliquer la loi d'en combler les lacunes et de suppléer par une extension abusive des textes au silence du législateur.

D'où il suit que l'arrêt attaqué, loin de violer l'article 20 susvisé, en a fait, au contraire, une exacte et saine interprétation ;

Par ces motifs, rejette le pourvoi formé par le procureur général contre l'arrêt de la Cour de Paris du 15 avril 1896.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Arrondissement de Joigny.

Assemblée Générale du 25 *octobre* 1897.

Le président, docteur Bazct, ouvre la séance à onze heures précises. Il donne lecture de la correspondance qui comprend les lettres des docteurs Desleau, Legendre, Fort, Truchy, s'excusant de ne pouvoir assister à cette réunion. Il prononce ensuite l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Pourquoi ne faites-vous pas partie de notre Syndicat ? disais-je, il y a quelque temps à l'un de nos confrères de l'arrondissement. Oh ! me répondit-il, vous n'y traitez que des questions d'honorabilité professionnelle, cela n'a rien d'attrayant pour moi. A cette objection réelle je n'opposai alors que l'excuse de nos débuts et de notre inexpérience ; mais je ne l'avais pas oubliée, et j'avais à cœur de vous en entretenir un jour ou l'autre. Ce que voulait surtout dire ce confrère, c'est que, tout en nous réunissant pour la défense de nos intérêts professionnels, nous négligions, nous laissions même complètement de côté ce qui devrait nous préoccuper le plus, les œuvres de prévoyance et de mutualité, vers lesquelles il s'établit un courant incontestable depuis quelques années. Nous n'avons pas à nous le dissimuler, la situation des médecins en France devient de plus en plus difficile, dans les villes comme dans les campagnes ; en dehors de quelques-uns qui, soit par leur clientèle, soit par leur position de fortune, jouissent d'une aisance plus ou moins brillante, un grand nombre, les jeunes surtout, vivent péniblement, ont de la peine à joindre les deux bouts ; c'est pour ces derniers la nécessité de la lutte pour l'existence. Tant que nous sommes valides, nous ne marchandons point notre temps et nos forces, nous vivons tant bien que mal, et nous trouvons que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes. Mais le jour où quelque malheur va venir nous frapper, le jour où la maladie, les infirmités, la vieillesse, la mort enfin, vont fondre sur nous, comment faire face à tous ces revers, si nous n'y avons pas songé à l'avance, si nous n'avons pas été prévoyants ?

Notre profession a été longtemps l'apanage, pour ainsi dire, des classes fortunées, et c'est pourquoi le but philanthropique de l'Association générale des médecins de France avait pu alors paraître atteint : mais, à mesure que le nombre des médecins s'est accru et que la vie est devenue plus dure, notre première Société du secours mutuels n'a plus été à même de répondre aux exigences nouvelles de la profession. Que nous offre-elle, en effet ? Jusqu'à l'année dernière elle a consacré toutes ses ressources à une caisse de pensions viagères, et de ce fait en est arrivée aujourd'hui, après trente et quelques années d'existence, à immobiliser un million et demi pour la constitution de cent pensions de 600 francs à capital réservé. De quel secours était là pour le corps médical cette aumône de quelques centaines de francs ? Elle accorde bien encore quelques petites sommes soit à des veuves et à des orphelins, soit à des confrères que la maladie ou des malheurs immérités ont réduit à la misère, mais elle ne remplit en somme que le rôle d'une Société de bienfaisance, et à ce titre elle est pour nous insuffisante. Le *Concours* lui avait demandé depuis longtemps de ne plus capitaliser ses réserves afin d'arriver à la création d'une caisse de pensions viagères sur revenus seuls et toujours croissants, d'une caisse pour veuves et orphelins, et enfin d'une caisse indemnité-maladies. Ces vœux jusqu'à présent n'ont été réalisés par elle que sur un seul point, la fondation toute récente d'une caisse pour veuves et orphelins, et encore ce n'est aussi qu'une caisse de secours, puisque d'après ses statuts, elle reste subordonnée aux libéralités de ses adhérents ou des gens fortunés qui en comprendront l'utilité.

Tout autres sont les œuvres de solidarité professionnelle, émanant de l'initiative de la Société du Concours Médical, que, permettez-moi de vous le dire, nous ne connaissons pas assez, j'en conviens avec vous. Cette Société, composée d'intelligents et courageux médecins, s'est fait l'écho des plaintes, formulées par la plupart des membres de l'Association générale, que la cotisation qu'ils versaient, même augmentée de quelques francs, ne pouvait pas arriver à constituer une assistance suffisante ; elle démontra, calculs en main, qu'il fallait pour atteindre ce but un minimum de 60 à 80 francs. Partant de ce principe, elle songea d'abord à assurer une retraite au médecin fatigué et usé par l'âge, elle créa en 1884 la Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical Français ; cette caisse a commencé à délivrer des pensions en 1894, et son capital va bientôt dépasser 700.000 francs ; voici d'ailleurs en quelques mots comment elle fonctionne ; un médecin âgé de 30 ans, qui verse une cotisation annuelle de 164 francs, a droit à 60 ans à une pension de retraite de 1,200 francs.

La seconde caisse que le Concours médical a créée est connue sous le nom d'Association Amicale des Médecins Français pour l'Indemnité en cas de Maladie ; fondée en 1894, elle est composée à l'heure actuelle de plus de 400 membres, possède déjà un avoir de 70,000 francs, et fonctionne comme il suit : si vous optez pour la combinaison A (c'est-à-dire la participation jusqu'à 65 ans), vous aurez à verser, à 30 ans d'âge, 59 francs par an ; si vous optez pour la combinaison B (c'est-à-dire participation toute la vie), vous aurez à verser 173 francs ; l'un ou l'autre de ces versements vous donnera droit à une indemnité de 600 francs pour les deux premiers mois de maladie (soit 10 francs par jour) ; si la maladie se prolonge, vous recevrez 100 francs par mois, même en cas de chronicité indéfinie.

C'était déjà accomplir une belle tâche que de pourvoir aux besoins du médecin malade ou devenu vieux ; mais le Concours médical a entrepris de faire plus encore ; à la dernière assemblée générale de 1896, il a mis en avant l'idée de fonder une Caisse des Pensions de droit pour les Veuves et Orphelins du Corps Médical, d'après les bases suivantes : âgé de 30 ans, le médecin qui voudra établir une demi-pension de 300 francs par exemple, aura à verser 75 francs par an ; pour une pension type de 600 francs, il versera 150 francs. Les calculs ont été dressés par l'actuaire sur un chiffre d'adhérents suffisant (300), pour que les moyennes ne puissent être viciées par un hasard défavorable, et dès que le nombre voulu de médecins sera enregistré, elle fonctionnera aussitôt.

En résumé, celui de nous qui verse à 30 ans (j'ai pris intentionnellement cet âge moyen) 164 francs à la caisse des retraites, 59 francs à celle de l'Association amicale, 75 francs à celles des veuves et orphelins, soit un total de 298 francs, en chiffres ronds 300 francs, s'assure un morceau de pain pour ses vieux jours, se garantit contre la maladie, et peut pousser la prévoyance jusqu'à mettre à l'abri du besoin au jour de son décès sa femme et ses enfants. Si faibles que soient nos ressources, ne pouvons-nous pas, si nous le voulons, arriver à économiser 300 francs par an, ce qui ne fait pas même 1 franc par jour ? Est-ce là un si gros sacrifice, et ne pouvons-nous point nous l'imposer sans trop grever notre budget ? Ce faisant, le médecin gêné ne sera pas réduit à aller tendre la main à ses confrères ; celui qui par son travail aura conquis l'*aurea*

mediocritas, la médiocrité quelque peu dorée que nous envions pour la plupart, se donnera ainsi un peu plus de luxe ; quant à celui qui aura la fortune en partage, il aura la satisfaction de faire du bien autour de lui. Le jour où nous serons dans l'obligation d'avoir recours à l'une ou l'autre de ces caisses, il ne nous coûtera point de réclamer ce qui nous revient de droit, par le fait de notre prévoyance, et nous ne serons point retenus par la honte d'aller solliciter à la caisse de l'Association générale une aumône si parcimonieusement distribuée. En outre, les avantages que nous présentent les œuvres du Concours médical, il est impossible de les trouver en versant une petite somme auprès des Compagnies d'Assurances qui sont grevées à l'avance par la cherté de leurs primes, par l'obligation de partager les dividendes entre leurs actionnaires et de payer une armée d'employés. Ici tous les bénéfices seront pour nous ; pourquoi allons-nous donc porter notre argent, nos économies ailleurs, au lieu de nous assurer mutuellement? Pourquoi ne faisons-nous pas nos affaires nous-mêmes? Nous voyons se former tout autour de nous, contre nous, des collectivités ; que ne cherchons-nous à nous prémunir contre elles en ne demandant qu'à nous-mêmes nos ressources défensives ?

Laissons de côté nos petites dissensions intestines, et concentrons nos efforts vers la prévoyance : ce sera là de la vraie confraternité. Nous convenons tous que ces caisses de prévoyance sont très utiles et que nous devrions y participer ; mais absorbés par les exigences de la clientèle nous remettons toujours au lendemain le soin de le faire. Eh ! sommes-nous donc si sûrs du lendemain ? Nous endormant avec la satisfaction du devoir accompli, savons-nous ce que notre sera réveil ?

Devant les circonstances graves que traverse le corps médical, nous devons plus que jamais nous unir, nous sentir les coudes, nous associer, nous solidariser. Nous voyons depuis quelque temps monter contre nous un flot d'envie et de haine ; on en veut à notre liberté et à notre indépendance, et il semble qu'une ère de persécution commence. A peine avions-nous pu oublier la triste affaire du docteur Laffite que tout à coup nous apprenions l'arrestation arbitraire, la mise en jugement et la condamnation sans précédent de notre malheureux confrère Laporte. Qu'allons-nous devenir si le moindre de nos faits et gestes chirurgicaux est désormais pour nous une menace continuelle comme une épée de Damoclès suspendue jour et nuit sur nos têtes? Eh ! quoi ! sur une simple dénonciation, le premier magistrat venu aura-t-il le droit de nous arrêter, de nous incarcérer, de briser notre avenir, d'attenter à notre honneur et en quelque sorte à nos jours, ainsi qu'à ceux de notre famille par la misère qui s'installera vite à notre foyer si nous ne sommes plus là pour l'alimenter ! Combien après de tels faits nous apparaissent d'une plus grande utilité encore ces œuvres de prévoyance et de mutualité dont je viens de vous parler? Oui, mes chers confrères, associons-nous, serrons nos rangs *sursum corda*, haut les cœurs ! et en avant pour la solidarité. (*Applaudissements répétés.*)

L'allocution du président est à peine terminée, que les membres présents à la réunion (trop peu nombreux, hélas !) ont hâte d'échanger leurs vues au sujet de l'affaire du docteur Laporte ; ils décident, sur la proposition du docteur Devoir, secrétaire, qu'une adresse sera envoyée au professeur Pinard, et ils la libellent ensemble dans la formule suivante :

« Le Syndicat médical de l'arrondissement de Joigny, réuni en assemblée générale annuelle, adresse à M. le professeur Pinard ses vifs remerciements pour sa courageuse attitude dans l'affaire Laporte, et déclare qu'il le suivra de tout cœur dans le puissant appui qu'il veut bien accorder à notre confrère jusqu'au bout de cette malheureuse affaire. »

Cette adresse est envoyée aussitôt aux journaux politiques qui ont dès le principe pris fait et cause pour notre confrère.

Le président donne ensuite la parole au secrétaire-trésorier, pour donner connaissance des comptes de l'année écoulée ; il en fait l'exposé d'une façon aussi concise que possible ; et ils sont approuvés à l'unanimité.

La discussion s'engage alors sur la question, si grave en elle-même, d'un Ordre de médecins ; tous les membres présents sont opposés à la création de cet ordre, et tombent d'accord sur cette conclusion :

« Que, les attributions d'un Ordre de médecins
« ne pouvant avoir comme influence qu'une dis-
« cipline entre les membres du corps médical,
« ils décident sur ce point de s'en rapporter à
« l'opinion des Syndicats locaux, quitte à en ré-
« férer en cas de contestations, pour infirmer ou
« corroborer leur décision, à un comité d'arbi-
« trage (tel que celui qui a été proposé à l'assem-
« blée générale du Concours médical). »

Faute de temps on convient de remettre à une séance ultérieure l'élaboration d'un tarif d'honoraires, ainsi que les autres questions portées à l'ordre du jour, afin de permettre aux membres présents d'entendre l'intéressante communication suivante faite par le docteur Leriche :

Mes chers confrères,

Permettez-moi de vous entretenir d'un fait récent, d'ordre déontologique et qui nous intéresse tous, car, il a trait aux rapports que nous sommes exposés à avoir avec certains chirurgiens de Paris qui, sous le couvert de relations familiales, ne tendent rien moins, par leurs venues régulières, leurs exigences mitigées, qu'à transformer plusieurs localités du département en véritables centres d'approvisionnement pour leurs appétits, je ne veux pas dire, leurs besoins opératoires. Ce fait, le voici :

Le 27 janvier dernier, notre confrère Peltier, d'Aillant, m'appelait pour voir avec lui une dame F..., sa cliente, domiciliée dans un hameau des environs d'Aillant.

Madame F... portait à la partie supérieure de la face externe de la jambe gauche, une tumeur que nous jugeâmes opportun d'ouvrir largement. Ce qui nous permit de constater l'existence d'un contenu d'aspect très suspect et d'une nécrose étendue à tout le tiers supérieur du péroné.

Naturellement il découlait de cette constatation, la nécessité d'une intervention nouvelle ayant pour objet la résection de l'os nécrosé et un curettage énergique de la cavité.

Cette opération fut fixée au 8 février et comme l'emploi du chloroforme était nécessaire, il fut décidé que notre confrère Jacob nous serait adjoint.

Au cours de cette nouvelle intervention, nous fûmes fixés sur la nature de la tumeur : nous avions affaire à une tumeur maligne.

Pour plus de certitude, l'examen histologique fut confié au laboratoire du professeur Cornil, qui confirma ce que nous redoutions pour notre opérée ; c'est-à-dire une tumeur essentiellement récidivante. Il s'agissait en effet d'un lymphadénome télangiectasique.

Notre devoir, dès lors, était de préparer la malade à l'idée de l'amputation de la cuisse.

Notre confrère Peltier, son médecin habituel, fut chargé de la préparer à cette éventualité qui s'imposerait dès la première apparition de la récidive.

Or, cette récidive ne se fit pas longtemps attendre, elle se manifesta six mois après.

Notre confrère Peltier déclara alors carrément à la malade et à son entourage qu'il n'y avait pas l'ombre d'un doute ni d'une hésitation à avoir sur la conduite à tenir, que l'analyse histologique imposait l'amputation de la cuisse comme nécessaire et que la récidive rendait cette amputation urgente à très court délai.

Sur cette déclaration nette et formelle, que fit notre malade ? Elle se rendit à Auxerre pour consulter M. Po.... qui, paraît-il, s'y rend tous les huit jours.

Naturellement, M. Po.... conseilla l'amputation de la cuisse immédiate... et la malade revint d'Auxerre, décidée à aller à Paris se faire amputer par lui... puis... elle avertit M. Peltier de la détermination prise.

M. Peltier fit alors observer à la malade que ce n'était vraiment pas nécessaire d'aller à Paris pour se faire amputer la cuisse ; qu'on lui avait fait, chez elle, une opération certainement plus délicate, qui n'avait pas amené la guérison sans doute, mais pour une raison indépendante de la manière dont cette opération avait été pratiquée.

L'idée de ne pas aller à Paris séduisit madame F... En conséquence, elle sollicita M. Po... de venir l'opérer à son domicile, et M. Po... accédant à ce désir fixa *illico* le jour de l'opération : si bien que le vendredi 22 octobre, M. Peltier m'écrivait ceci :

« Ils me font savoir ce soir que ce serait pour dimanche matin (sans m'indiquer l'heure). Veux-tu nous prêter ton concours : M. Po... ne demande que deux aides pour l'assister. »

Eh bien ! *mon concours*, je le refusai, et voici pourquoi :

Quand un chirurgien des hôpitaux de Paris se met à la disposition de ses confrères de province pour les éclairer dans les cas difficiles, ou sauvegarder leur responsabilité vis-à-vis des fatalités que la clientèle n'accepte pas toujours sans arrière-pensée ; quand il use de sa haute autorité pour faire accepter à un malade une détermination grave : quand, sur la demande qui lui en est faite par le médecin habituel d'un malade, il intervient comme opérateur c'est parfait ; il est bien dans le rôle de maître qui lui convient.

Mais, quand on voit un chirurgien des hôpitaux installer en province une manière de succursale à prix réduits, quand on le voit se laisser aller à céder à la sollicitation d'un malade pour une opération banale et en réalité accaparer ce malade au mépris de toute déférence pour des confrères dont l'action professionnelle antérieure ne mérite pas l'éviction ; je dis qu'une semblable attitude est peu digne d'abord, qu'ensuite, au point de vue professionnel, elle est parfaitement incorrecte.

Quoi qu'on puisse dire, une semblable pratique ravale le chirurgien des hôpitaux au rôle profitable peut-être, mais à coup sûr peu brillant, d'*écumeur de province*, ni plus, ni moins.

Nous avons été élevés, médicalement parlant, dans la conviction profonde que chez ces chirurgiens des hôpitaux que nous appelons nos maîtres, savoir et dignité marchent toujours ensemble : je demande qu'on ne nous fasse pas passer cette conviction à l'état d'illusion.

Comme conclusion, je soumets à votre approbation le vœu suivant : le Syndicat médical de l'arrondissement de Joigny, dans sa réunion générale du 25 octobre 1867, émet le vœu :

« Que les chirurgiens des hôpitaux de Paris n'acceptent, en province, le rôle d'opérateur qu'après s'être préalablement mis en rapport avec le médecin habituel du malade et s'être assuré que leur intervention est bien réellement sollicitée par ce médecin lui même. »

Ce vœu, mis au voix, est adopté à l'unanimité.

Pour copie conforme

Le Président, Dr Bazot. — *Le Secrétaire,* Dr Devoir.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française. Secrétariat général : 93, boulevard Saint-Germain, Paris. — *Réunion du 4 Février* 1898. — Le 4 février 1898 a eu lieu la trente-neuvième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. le Pr Cornil. — Vingt et une personnes y assistaient.

Elections. — Ont été élus, dans cette séance, membres de l'Association :

MM. les Drs Montprofit (d'Angers) pour l'*Anjou médical* ; — Em. Laurent (de Paris) pour l'*Indépendance médicale* ; — M. le Pr Bergonié (de Bordeaux) pour les *Archives d'Electricité médicale* ; — M. le Dr Georges Baudouin pour les *Annales d'Hydrologie*.

Candidature. — M. le Dr Olivier a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Pichevin (de Paris) pour la *Semaine gynécologique*.

Les Congrès de 1900. — Sur la proposition de MM. Laborde et Marcel Baudouin, les membres du Bureau de l'Association, MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et M. Baudouin sont chargés de faire les démarches nécessaires pour tenter d'obtenir l'autorisation d'organiser, à l'Exposition de 1900, un Bureau de Renseignements à l'usage des médecins de la province et de l'étranger, désirant assister aux multiples Congrès médicaux qui auront lieu à cette époque.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

Bibliographie. — Vient de paraître chez J. B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, le *Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898*, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 320 pages, cartonné.......................... 3 fr.

L'appel du Dr Laporte. — C'est le vendredi 25 février que viendra devant la 7e chambre, présidée par M. Potier, l'appel de notre confrère. La prévention sera, paraît-il, soutenue par M. Blondel, avocat général : la défense est de nouveau confiée à Me Henri Robert. M. le Conseiller Aynault présentera le rapport.

La question de la responsabilité médicale, en des cas de ce genre, a été si parfaitement étudiée par toutes les Sociétés médicales, par la Conférence des avocats, par les professeurs d'obstétrique, de toutes les Facultés, par tous les praticiens, que nous ne doutons plus de l'acquittement de notre confrère. La magistrature s'honorera en nous rendant la liberté professionnelle que le salut des malades exige impérieusement, et en mettant d'accord la jurisprudence et l'équité.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4240. — Monsieur le docteur Richard, de Caudebec-les-Elbeuf, membre de l'Association médicale d'Elbeuf (Seine-Inférieure).

N° 4241. — Monsieur le docteur Chamozzi, de Saint-Julien-du-Sault (Yonne), membre du Syndicat de Joigny.

N° 4242. — Monsieur le docteur Alban, à Vichy (Allier), membre de l'Association générale des médecins de France.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de Monsieur le docteur Legault, de Broons (Côtes-du-Nord).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 8 19 Février 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Pour l'honneur médical.

Péan vient de mourir !

La chirurgie française lui doit et lui rend les grandes manifestations publiques du deuil. Il eut la hardiesse et la décision, qui font les grands opérateurs comme les grands généraux ; il a pris une part capitale à la révolution chirurgicale moderne, et fait des conquêtes personnelles, qui préserveront son nom de l'oubli.

Nous ne voulons pas être des derniers à saluer cette gloire scientifique incontestée.

Mais, sur la brèche que nous ne désertons jamais, convient-il, par traditionnel respect pour la mort ou la douleur, de chercher à cacher la tache faite, par ce grand nom, à la vieille réputation de désintéressement du corps médical français ? Comprendrait-on que le *Concours médical*, après avoir mis à ciel ouvert, du vivant de Péan, le hideux foyer de gangrène, qui se nomme la dichotomie, et qui cherche à survivre, se tût devant une tombe, si prématurément ouverte qu'elle ait été ? Quand les faits sont déjà connus de tous, l'intérêt général de la profession permet-il d'attendre les délais de la prescription et les droits de l'histoire, pour tirer des conclusions, et réparer le préjudice moral et matériel, dont nous ne voulons plus souffrir ?

Le Maître se plaisait, dit-on, à raconter l'anecdote suivante :

Un jour qu'un médecin de la ville avait soigné son père pour une inoffensive indisposition et réclamé un prix assez respectable :

— Tu devrais te faire médecin ! s'écria son père en riant. En voilà, un excellent métier ! C'est même le meilleur.

Ne trouvons-nous pas, là, l'excuse aux tendances commerciales, que la vocation, ainsi décidée, fit pénétrer dans les habitudes du chirurgien, et qu'il propagea autour de lui ? Pourquoi pas, puisque c'est encore celle des parents aveugles qui travaillent si bien à l'encombrement de notre carrière, et créent chez nous un prolétariat, là où, jadis, on parlait de Tiers-Etat, tout au plus.

Quoi qu'il en soit, le mal causé à la profession, par l'exemple, parti de si haut, et vulgarisé par les rivaux de l'illustre défunt d'hier, a pris de telles proportions qu'il réclame une thérapeutique radicale.

Le *Concours* s'y est bravement attaqué par le côté qui lui était accessible, c'est-à-dire en criant casse-cou aux humbles praticiens que guettait la tentation.

Mais il faut aujourd'hui se hâter de porter le fer plus haut, à l'origine du foyer contagieux.

Ceci est l'affaire des Sociétés savantes dont font partie les imitateurs du Maître, et de l'Association générale des médecins de France. Celle-ci, en effet, s'est donné pour mission (article 6 de ses statuts) *de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.* Sa compétence, dans la question qui nous préoccupe si fort, n'est donc pas discutable.

Quant à l'Académie de médecine et à la Société de Chirurgie, elles ne peuvent s'en désintéresser, en se retranchant derrière leur raison d'être exclusivement scientifique. L'une a bien su, en effet, prendre souci de sa réputation, lorsqu'elle fut conviée à couvrir de son autorité la consultation suspectée de Bornemouth ; et l'au-

tre, peu de temps après, chercha des foudres dans son règlement, pour anathématiser un de ses membres, complice du guérisseur de Sens. Il ne s'agissait pourtant, là, que de faits particuliers, moins attentatoires au bon renom médical que les pratiques commerciales qui ont essayé de se généraliser, et auxquelles il convient de porter un coup mortel.

Que nos grandes Sociétés comprennent leur devoir, si elles veulent être respectées : la masse des praticiens, qui souffre de la suspicion, le leur dicte impérieusement. S'il faut le huis-clos, pour la rédaction d'un article de règlement intérieur, à ce sujet, qu'on le prononce au plus vite ; nous avons hâte d'apprendre que c'est chose faite et cela nous suffira.

Amis, adversaires, disciples, admirateurs, rivaux du Maître disparu, nous devons être tous d'accord pour ne conserver de lui que le souvenir de ses titres de gloire. Ce sera le plus bel hommage qu'on puisse rendre à la mémoire de Péan, que de détruire, sur sa tombe, les vestiges d'une faiblesse qui jetterait une ombre si regrettable sur le brillant tableau de la chirurgie française au XIXe siècle.

Quelles mauvaises raisons diplomatiques invoquerait-on bien pour prolonger la conspiration du silence ?

Nous n'en voyons pas, qui puissent supporter le grand jour de la libre discussion.

Et alors, si les grands corps médicaux auxquels nous faisons appel, s'abstenaient à leur immense détriment, nous n'aurions plus qu'une ressource : Les renier et faire un appel direct aux suffrages du peuple des médecins.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement local de la douleur dans le rhumatisme articulaire aigu.

D'après M. le Dr *Lemoine*, de Lille, dans le *Nord Médical*, trois substances viennent en première ligne pour le traitement local de la douleur dans le rhumatisme aigu : le salicylate de méthyle, l'acide salicylique, le gaïacol. Puis viennent le salol et le terpinol.

On verse une cuillerée à café de *salicylate de méthyle* ou essence de Wintergreen, dans un verre à liqueur, et rapidement, avec un pinceau, on badigeonne l'articulation ou les articulations malades. Immédiatement après, on recouvre la surface badigeonnée d'un morceau de taffetas gommé et d'une couche d'ouate. Le tout est laissé en place pendant quelques heures et renouvelé une ou deux fois par jour, s'il y a lieu.

Pour remédier à l'évaporation, souvent trop rapide, on peut employer le mélange suivant :

Vaseline liquide........	20 gram.
Salicylate de méthyle....	12 —

Les effets de l'*acide salicylique* sont moins rapides, mais il n'a pas l'odeur désagréable du précédent :

Vaseline................	20 gram.
Acide salicylique........	4 —

On peut lui adjoindre le salicylate de soude, ce qui permet aux voies digestives de se reposer :

Vaseline.................	25 gram.
Acide salicylique........	4 —
Salicylate de soude......	3 —
Extrait de belladone....	1 —

Recouvrir de taffetas et d'ouate.

Le *salol*, utile surtout dans le rhumatisme blennorrhagique, est peu soluble, sauf dans l'éther.

Salol....................	4 gram.
Menthol..................	2 gr. 50
Ether....................	4 —
Lanoline.................	30 —

Le *gaïacol* est plus actif. On peut l'appliquer en nature, mais il vaut mieux l'incorporer dans l'alcool.

Alcool à 85°............	20 gram.
Gaïacol pur.............	4 —

Le quart de ce mélange suffit pour une application.

On peut employer l'une des deux pommades suivantes :

Vaseline.................	25 gram.
Gaïacol..................	4 —

ou

Vaseline.................	30 gram.
Salicylate de méthyle....	5 —
Acide salicylique........	2 —
Gaïacol..................	4 —

Enfin le *terpinol* peut s'appliquer, soit associé à l'alcool :

Terpinol.................	10 gram.
Alcool à 85°.............	10 —

soit associé au gaïacol :

Terpinol.................	10 gram.
Gaïacol..................	4 —
Alcool à 85°.............	10 —

De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur à l'époque de la dentition.

Pendant toute la période de l'évolution dentaire, le maxillaire inférieur est dans un état de développement, qui le prédispose à l'infection de l'ostéomyélite aiguë. La durée de l'évolution de l'os et la porte d'entrée directe par les dents cariées expliquent la grande fréquence de cette ostéomyélite, chez les enfants et les adolescents.

C'est à l'étude de cette affection que M. le Dr A. *Delucq* (de Vic-Fézensac, Gers), a consacré sa thèse de doctorat.

Selon lui, les accidents *osseux*, provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, ne sont que des accidents d'ostéomyélite, analogues à ceux qui se montrent, beaucoup plus rarement, lors de l'éruption des autres dents.

L'ostéomyélite peut envahir l'os dans une étendue très variable ; mais ordinairement elle se localise dans la partie située au-dessus du canal dentaire inférieur, et se propage presque toujours à la branche montante par l'intermédiaire du canal dentaire. La ligne de réunion de la branche montante et du corps du maxillaire étant le centre d'activité du développement de cet os, est, par suite, un des points le plus souvent frappés.

La partie atteinte par l'inflammation se nécrose presque toujours, mais le maxillaire se régénère

ordinairement, quoique d'une façon anormale. Les dents peuvent quelquefois rester implantées dans l'os nouveau, mais ne sont d'aucune utilité.

L'ostéomyélite du maxillaire peut occasionner des accidents analogues à l'ostéomyélite prolongée des os longs ; on remarque, parmi ces accidents, l'hyperostose localisée de la mâchoire et quelques cas de tics douloureux de la face.

Le traitement consiste à extraire les séquestres, dès qu'ils sont mobiles, autant que possible par la voie buccale. Pour éviter les récidives et les accidents d'ostéomyélite prolongée, il ne faut pas oublier d'enlever, en même temps que les sequestres, les couronnes des dents en voie de développement qui leur sont contiguës.

La méthode des pesages réguliers pour la surveillance des nourrissons.

Nous avons déjà publié, il y a deux ans, dans « le Concours » les résultats remarquables obtenus par M. le Dr *Sutils*, de La Chapelle-la-Reine, au moyen de sa méthode des pesages réguliers des nourrissons. Persévérant dans ses recherches, le Dr Sutils est arrivé à pouvoir formuler des conclusions fort utiles à tous les praticiens et à tous les médecins inspecteurs qui voudront se livrer au pesage (1) :

I. Il existe une moyenne d'augmentation régulière mensuelle des enfants en totalité, et des moyennes différentes, suivant que ces enfants sont élevés au sein ou au biberon ; ces moyennes n'ont pas une marche identique.

II. Les enfants, qui sont dans un état de santé florissant, suivent une marche analogue à celle de ces moyennes, suivant le sexe ou la race du sujet ; les accidents légers ne modifiant pas sérieusement cette marche.

III. Tous les accidents de quelque valeur sont marqués par le pesage d'une façon claire, soit au moment où ils se produisent, soit, ce qui est beaucoup plus précieux, un certain temps à l'avance.

IV. Les accidents dus à l'état hygiénique ou physiologique de l'enfant ou de la nourrice, passeraient souvent inaperçus sans le pesage, et il est surtout important pour eux.

V. Une augmentation anormale non liée à un état maladif antérieur appartient, pendant les premiers mois de l'existence, aux enfants dont le poids initial était trop faible, soit par suite d'une grossesse pénible, d'un état maladif de la mère, soit par suite de l'arrivée avant terme.

VI. Une augmentation anormale liée à un état maladif antérieur indique la reprise de l'état de santé et continue généralement jusqu'au retour du tracé à son niveau particulier et quelquefois même le dépasse.

VII. Une diminution ou simplement un arrêt sans état maladif appréciable de l'enfant ou de la nourrice indique, soit une poussée dentaire en voie d'évolution (ce qui est de beaucoup le plus fréquent), soit un état maladif en incubation, vis-à-vis duquel on doit se tenir sur ses gardes.

VIII. Une diminution sans état maladif apparent de l'enfant peut être liée, chez ceux qui sont élevés au sein, à des phénomènes physiologiques ou pathologiques du côté de la nourrice, et il y aura lieu d'interroger celle-ci pour savoir si elle est enceinte, si ses règles sont survenues, si son lait a diminué comme quantité ou est devenu impropre à la nutrition. Elle déclarera elle-même si elle est malade.

IX. Une diminution liée à un état maladif bien déterminé, indique le degré de perturbation auquel l'enfant a été soumis, par une perte plus ou moins considérable, et elle sera suivie, si la guérison s'effectue, d'une reprise d'autant plus violente que la diminution aura été plus sensible.

X. Malgré la guérison, il peut se faire que l'axe de la normale ait été déplacé, et dans ce cas le tracé se continue régulièrement, mais à un niveau inférieur à celui du début.

XI. Il peut se faire encore que, malgré la guérison apparente, l'état maladif persiste un certain temps. Le tracé est alors troublé pendant un laps de temps analogue et bien plus long que l'état maladif appréciable.

XII. Les augmentations les plus élevées correspondent au mois d'octobre, les enfants ayant presque tous plus ou moins souffert des chaleurs de l'été.

XIII. Les tracés exceptionnellement élevés appartiennent, tous sans exception, à l'élevage au biberon, ou à l'élevage mixte avec prédominance du biberon.

XIV. Les tracés les plus réguliers appartiennent en grande majorité à l'élevage au sein, ou au régime mixte, et sont influencés d'une façon moins apparente par les divers états maladifs que les tracés d'enfants élevés au biberon.

Dentition. — L'influence de la dentition sur le poids est des plus caractéristiques, et consiste surtout en un arrêt ou une perte de poids, précédant d'un ou deux mois la sortie des dents qui est alors suivie d'une reprise.

Dans la plupart des cas, la marche générale n'est pas entravée sérieusement, mais quelquefois cependant, les enfants ne reprennent pas ce qu'ils ont perdu, et suivent une marche inférieure à leur début, de façon à simuler un état maladif prolongé, pour l'observateur qui ne verrait que la courbe.

En résumé, la marche régulière du poids n'est pas affectée pour 1/4 des enfants, par la dentition.

Elle est légèrement affectée pour un autre 1/4.

Elle est sensiblement ou très fortement impressionnée pour la moitié.

La dentition amène, dans la marche du poids de la 2e année, des perturbations bien plus sensibles que pendant la première année. Certains tracés non affectés par les premières dents, le sont davantage dans la suite de l'évolution.

L'*Insuffisance* ou le peu de richesse du lait, se marque par une période stationnaire plus ou moins prolongée, sans diminution, à moins qu'il y ait défaut absolu ; mais, dans ce cas, l'élevage ne continue pas.

Le *Sevrage* donne des résultats très variés, suivant que l'enfant y a été préparé ou non et que la nouvelle alimentation est donnée avec plus ou moins de circonspection. De légers accidents intestinaux y sont fréquents.

Le *Passage* d'un enfant du sein au biberon, et réciproquement, donne lieu à des observations très intéressantes, par la comparaison de l'ancienne alimentation à la nouvelle.

La *Grossesse* est accompagnée d'une période stationnaire et quelquefois d'une perte de poids.

(1) La *Médecine Infantile*, 1898.

En général, les enfants sont troublés dans leur progression et même après le sevrage ou le changement de nourrice ; ils ont souvent une tendance à rester à un niveau inférieur à celui qu'ils occupaient antérieurement.

On a cependant exagéré les conséquences de la grossesse vis-à-vis de l'enfant, car sur 24 observations, 7 n'ont nullement souffert, 5 très légèrement, 11 un peu, et un seul a été réellement malade pendant plusieurs mois. En tout cas, la constatation du poids permet, dans la plupart des cas, de prendre le plus rapidement possible les mesures nécessaires.

Dans le cas de *Mauvais soins* donnés par la nourrice, les résultats déplorables des pesées permettent de constater soi-même et de faire apprécier par les parents, le peu de cas qu'ils doivent faire de leur nourrice.

Les *Voyages* sont fréquemment suivis d'accidents variés, arrêt de progression, diarrhées pendant l'été, bronchites, grippes pendant l'hiver, j'ai même rencontré 2 cas de méningite.

Dans les affections liées à la *Scrofule* à cause des accidents variés qu'elles occasionnent, il n'y a pas d'indications précises quant au poids. Il indique le plus ou moins d'influence produite sur l'état général, la rapidité plus ou moins grande du relèvement et par conséquent le succès plus ou moins marqué du traitement.

Dans la *Débilité*, suivant les cas, on suit les progrès du relèvement s'il a lieu et en particulier, les bons effets de la couveuse.

Affections intestinales. — *Les diarrhées catarrhales* n'ont pas une très grande influence sur la marche générale et ne donnent ordinairement qu'un simple arrêt, plus rarement une perte de poids. Elles sont sujettes à des récidives fréquentes en toute saison.

Les diarrhées estivales simples, sont souvent à répétition, c'est-à-dire qu'un enfant atteint pendant sa 1re année, voit à la même époque de sa 2e année, se renouveler les mêmes accidents. Elles ne sont généralement pas graves, mais troublent davantage la marche du poids que les précédentes.

Malgré leur bénignité habituelle, livrées à elles-mêmes, elles peuvent cependant être suivies d'accidents cholériformes qu'on aurait pu éviter.

Les diarrhées vertes sont plus graves par leur nature microbienne ; elles amènent une diminution très sensible du poids, mais un relèvement important à généralement lieu le mois suivant. Elles sont rarement suivies de mort, sauf chez les sujets très jeunes.

Les gastro-entérites cholériformes et *l'athrepsie*, causent le plus grand nombre des décès, surtout dans les premiers mois, mais n'épargnent pas les sujets plus âgés.

Dans la très grande majorité des cas, la perte de poids se fait en deux mois et le relèvement se produit au 3e. Dans quelques cas cependant, cette baisse se produit en un seul mois, mais alors elle est plus considérable et peut dépasser 1 kilog.

En général, dans les affections intestinales, le relèvement est rapide, et le niveau antérieur facilement rejoint.

Les affections graves n'ont pas de tendance à récidiver et les enfants qui en sont atteints, paraissent jouir d'une certaine immunité vis-à-vis des affections intestinales communes.

Grippes. — Les *grippes catarrhales* légères ne sont pas accompagnées d'une diminution de poids, mais d'un simple arrêt. La marche des tracés n'en est pas affectée.

Les *grippes catarrhales intenses* sont accompagnées d'une perte de poids sans grande importance et le niveau normal est rapidement rejoint, sauf de très rares exceptions où l'on constate un léger changement de niveau.

Les grippes infectieuses devenues assez fréquentes depuis quelques années, apportent un trouble profond dans les observations, font subir des pertes de poids sérieuses qui, dans certains cas, durent plusieurs mois, grâce aux complications qui surviennent.

Le plus souvent cette baisse dure 2 mois, plus rarement un mois, mais dans ce cas elle est très prononcée.

Lorsque la mort survient, elle est ordinairement causée par des complications cérébrales comme dans la coqueluche, plus rarement par des complications thoraciques.

La dépression occasionnée par cette maladie offre une grande analogie avec celle des affections intestinales, mais ce qui les distingue, c'est la suite de l'observation.

En effet, tandis que dans les affections cholériformes, le niveau antérieur est reconquis avec vigueur et rapidité, dans les grippes infectieuses, la marche est définitivement enrayée, le niveau reste bas et n'a pas de tendance bien marquée à se relever ; l'organisme de l'enfant a été plus profondément touché.

La pneumonie et la broncho-pneumonie amènent une grande baisse de poids qui, à la convalescence, ne revient pas au niveau antérieur avant longtemps.

Du refroidissement comme cause morbide.

Il semble bien démontré aujourd'hui que la plupart des maladies attribuées autrefois au refroidissement, sont réellement causées par l'invasion de microbes plus ou moins variés dans l'organisme. Cependant, actuellement encore, beaucoup de médecins font jouer un rôle important au refroidissement dans l'étiologie de bien des maladies. En réalité, dit *M. Chelmonski*, d'après la *France médicale*, peu de travaux rigoureux ont été faits pour établir la nécessité de cette cause, et on n'a guère discuté que des hypothèses. L'action nuisible du froid, sur l'organisme, peut se traduire soit par des lésions locales, soit par des troubles généraux. Aux premières appartiennent l'engelure ou congélation. L'action générale du froid peut se traduire par l'épuisement, même une paralysie cardiaque, des troubles du système nerveux, de la nutrition, etc. Certains processus inflammatoires, le rhumatisme, le catarrhe du nez, des bronches, du larynx, les inflammations thoraciques, les néphrites, certaines névralgies reconnaîtraient surtout le refroidissement pour étiologie. Cependant l'action pathogène du froid n'est pas en rapport direct, par exemple, avec l'abaissement de la température. Il faut faire intervenir certains facteurs autres, sans quoi, on ne comprendrait pas pourquoi les maladies dites par refroidissement, sont peut-être plus fréquentes dans les pays qui ne sont pas particulièrement expo-

sés à des hivers rigoureux. On ne verrait pas pourquoi, non plus, le froid employé en thérapeutique jouirait d'une action favorable dans l'organisme, pour le défendre même contre les maladies attribuées au refroidissement. Le froid n'agit donc pas par le simple abaissement de la température, et l'on remarquera que si l'excitation froide des pratiques hydrothérapiques n'a pas d'action nuisible, c'est qu'elle est suivie d'une réaction, c'est-à-dire de l'hypérémie de la peau. Les impressions thermiques, à un degré moyen, sont à ce titre plus dangereuses que celles qui se produisent à un degré plus bas, parce qu'elles n'amènent pas de réaction. Toutefois, même si l'on attribue au refroidissement, qui se produit dans ces conditions, une action pathogène, l'analyse physiologique montre que le refroidissement ne peut provoquer que des troubles circulatoires dans les réseaux vasculaires, mais non pas une inflammation véritable. Le rôle étiologique du refroidissement consiste dans une simple prédisposition, tandis que les parasites représentent la cause prochaine, la cause efficiente.

M. Chelmonski a étudié la rapidité de la réaction chez différents sujets et dans diverses conditions morbides. Il a vu ainsi que le temps de la réaction, chez le même individu, n'est pas toujours le même et se montre plus ou moins rapidement. Elle est plus rapide chez les individus jeunes. Mais, il est encore difficile de dire en quoi certains états morbides peuvent influencer la réaction. Une inflammation rénale, des états fébriles paraissent retarder la réaction, dont l'apparition ne dépend ni de l'état de la nutrition générale ni de la sensation plus ou moins froide, pour une même température, éprouvée par le sujet. L'action pathogène du froid a ainsi été exagérée et cette idée erronée a conduit à des principes faux en hygiène, comme le calfeutrage pendant l'hiver, l'absence de soins de propreté de la peau, etc.

Le refroidissement ne peut produire ses effets fâcheux, que si la réaction ne se produit pas, ce qui peut arriver, soit parce que l'impression thermique n'est pas assez froide, soit parce que l'organisme ne réagit pas. Pour éviter à l'organisme cette paresse dans la réaction, il faut éviter le chauffage trop intense qui épuise l'excitabilité des vasomoteurs, ainsi que le système nerveux. S'il se produit, chez un individu, un refroidissement se traduisant par le frisson, la congélation de la peau, le mieux est de provoquer le plus tôt possible une réaction cutanée, soit par le mouvement, soit par des excitations thermiques très froides.

Chelmonski conclut de son travail que le refroidissement, pris dans le sens habituel, n'existe pas et qu'il joue un rôle étiologique très accessoire dans les maladies, rôle qu'il faut réduire à une action prédisposante. Le degré de la réaction cutanée à une excitation thermique donnée, indique la possibilité pour un individu donné de se refroidir dans certaines conditions.

Mais le degré de la disposition au refroidissement n'est pas constant chez le même individu.

Les vieillards, les fébricitants et les brightiques paraissent plus prédisposés que d'autres aux maladies par refroidissement.

Les précautions généralement prises contre le froid sont, non seulement accompagnées d'un résultat inverse de celui qu'on attend, mais elles exposent l'organisme à un danger beaucoup plus sérieux que le refroidissement lui-même. Le seul moyen de se garantir contre les maladies par refroidissement est de développer la fonction de réaction aux excitations thermiques par des exercices et des moyens appropriés.

Sur un nouveau traitement de la pelade.

M. Arragon, médecin-major au 79e de ligne a communiqué à l'Académie, les résultats encourageants qu'il a obtenus dans le traitement de la pelade par les pulvérisations locales d'éther, puis du mélange de chlorure d'éthyle et d'oxyde de méthyle contenu dans les tubes dits chloro-éthyleurs ; il a obtenu l'arrêt de la pelade en quatre ou cinq jours, et la réapparition des cheveux en dix à quinze jours et cela dans une douzaine de cas.

Sur la demande de M. Chauvel, M. Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a expérimenté dans son service la méthode préconisée par M. Arragon. Voici ses conclusions :

1° Dans les pelades récentes, vierges de tout traitement, la réfrigération avec le chloro-éthyleur donne les mêmes résultats que la cautérisation à l'acide acétique.

2° Dans les pelades anciennes, la réfrigération échoue souvent, tout aussi bien que la cautérisation.

En somme, la méthode conseillée par M. Arragon est bonne ; elle semble agir par l'irritation physique de la peau qui rougit, devient sensible, brûlante, dont l'épiderme s'épaissit et devient squameuse, en même temps que s'infiltre le tissu cellulaire sous-cutané ; mais cette réfrigération exige beaucoup de temps et elle est très onéreuse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Campenon.

Examen d'un malade chirurgical.

Leçon recueillie par Georges Contenau. (1).

Je dois au professeur Guyon, mon ancien maître, de savoir ce que c'est qu'avoir de la méthode ; j'ai pu en apprécier l'utilité indispensable ; c'est pourquoi j'ai choisi comme sujet de notre première conférence : Examen d'un malade chirurgical, et exclusivement chirurgical.

Et tout d'abord, je vous dirai : sachez interroger, sachez examiner.

Que vos premières questions, lorsque vous vous trouvez en présence du malade, soient précises et nettes ; qu'elles ne portent que sur le présent : « D'où souffrez-vous ? Qu'avez-vous ? » La réponse vous apprendra s'il s'agit d'une lésion viscérale, ou, au contraire, d'une lésion périphérique.

Demandant ensuite au malade depuis quand il souffre, vous apprendrez si vous vous trouvez en présence d'une affection récente ou chronique.

Si la lésion est viscérale, vous pouvez avoir des troubles cérébraux sous forme d'épilepsie, des troubles de la vision, de la respiration, de la déglutition, des troubles intestinaux, des

(1) *Tribune médicale*, 1898, n° 6.

troubles de la miction, de la défécation, ou des organes génitaux, etc. C'est un groupe immense ; ne vous pressez pas, interrogez avant d'examiner, et rappelez-vous la parole de Guyon : « Ne prenez l'instrument que lorsque vous savez lequel vous devez choisir. » Si votre malade est une femme, si son affection nécessite le toucher, interrogez-la longuement avant d'y procéder.

J'abandonne ici, à dessein, pour le moment, le groupe des lésions viscérales, pour ne m'occuper que des lésions périphériques. Vous savez du malade où il souffre, depuis quand il est atteint ; cessez vos interrogations et commencez à l'examiner. Pour l'examen direct, découvrez le malade, découvrez-le largement, selon le mot de Gosselin, et symétriquement ; un de nos malades, entré dernièrement pour une fracture du radius, présentait une déformation de l'avant-bras qui pouvait faire croire à une fracture du radius et du cubitus ; en comparant le côté sain avec le côté malade, on a pu se convaincre que cette déformation existait du côté sain, qu'elle n'avait rien de pathologique et que la fracture ne portait bien que sur le radius.

C'est ici que vous devez faire un appel successif à vos différents sens ; tout d'abord : regardez ; vous ne pouvez vous figurer combien l'œil donne de renseignements précis ; non seulement vous pouvez rencontrer des éruptions révélatrices, mais aussi des cicatrices qui mettent sur la trace d'un passé morbide, oublié par le malade.

L'œil vous indique la déformation et vous donne parfois les éléments presque complets d'un diagnostic ; vous connaissez le gonflement, le relief, la saillie ; l'œil vous donne des renseignements toujours utiles de coloration. Ainsi, dans la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, un des meilleurs signes n'est-il pas la présence d'une ecchymose siégeant à la face interne du bras ? Par la vue, vous connaissez l'état inflammatoire ; êtes-vous en présence d'une plaque rouge, régulière, nettement découpée ? vous pensez à un érysipèle ; la plaque est-elle mal définie, étendue, il s'agit d'un phlegmon ; si la plaque monte en traînée, du point lésé aux parties supérieures, vous avez une phlébite ou une lymphangite. Le malade couché au n° 5 de la salle des hommes, pour un coup reçu sur le tibia droit, présentait, lors de son entrée, une partie de la jambe gouflée, rouge, sur une étendue large comme la main. On pensa à un phlegmon, mais le bord n'en était pas bien délimité. C'est alors qu'on découvrit que le malade s'était frictionné avec une pommade au mercure qui avait provoqué cette desquamation.

L'œil nous renseignera encore si nous nous trouvons en présence d'un ulcère, d'une perte de substance ; nous avions, il y a quelques jours un malade, entré dans le service pour un ulcère de la jambe ; cet ulcère était régulier, entouré d'un épiderme vernissé ; c'était une ulcération cicatricielle et non un ulcère variqueux ainsi qu'on l'avait cru d'abord.

Enfin, l'œil nous donne en même temps la région anatomique ; si, par exemple, nous avons un ulcère de la partie postérieure de la jambe, nous n'en ferons pas un ulcère variqueux.

Maintenant que vous devez à l'œil toutes ces indications, la palpation va vous venir en aide, palpez d'abord très légèrement et d'une manière presque nulle, si je puis m'exprimer ainsi, l'avantage en est double ; le malade prend confiance et se prêtera d'autant mieux à l'examen ultérieur, et vous aurez ainsi de précieux renseignements sur l'endurance à la souffrance du malade, sachant s'il a, ou non, de la tendance à se plaindre pour une douleur médiocre.

D'ailleurs le palper, proprement dit, doit être fait doucement ; ne faites que le mal nécessaire, pour le malade et pour vous ; plus on touche doucement, mieux on sent.

Ce palper doit être méthodique. La première question à vous poser est de savoir à quelle couche appartient la tumeur observée ; est-elle dépendante de la peau et par suite mobile et détachée de tout ce qui est en dessous ? au contraire dépend-elle du squelette avec adhérence absolue ou intermédiaire !

Si la tumeur dépend de la peau, il est facile de le reconnaître, simplement en la pinçant ou la prenant entre deux mains, pour l'isoler des couches sous-jacentes.

Si elle dépend du squelette, il est plus difficile de le reconnaître ; il n'y a pour cela qu'un moyen vraiment bon ; déprimez la tumeur avec deux doigts, doucement, lentement, jusqu'à ce que l'obstacle arrête votre pression ; poussez alors la tumeur par petites secousses, si elle est mobile, elle glissera ; si elle est fixe, même à peine, la résistance ne cédera pas. Il vous faut donc dans ce cas, absolument aller vers la base suspectée.

Ce point acquis, occupez-vous de la forme de la tumeur ; est-elle bosselée, est-elle lisse ? C'est ainsi que l'on a cru que le malade, dont je vous parlais tout à l'heure, avait un abcès froid à la jambe ; mais l'abcès froid a un contour net, tandis que le tibia de ce malade avait un périoste atteint sur une grande longueur et d'une manière peu définie.

Recherchez ensuite la consistance de la tumeur, mais recherchez-la doucement; autrement un signe, fin, passager, qui ne s'entend qu'au début, vous échapperait ; je veux parler de la crépitation.

Elle existait d'une manière très nette chez notre malade, porteur d'un hygroma à grains riziformes, situé sous le deltoïde ; vous connaissez tous ce bruit, comparable au froissement de la neige sous un pas léger. Votre tumeur peut être dure, molle ou fluctuante.

Pour déterminer cette fluctuation, vous ferez usage des deux mains en opérant à distance. Posez une main sur la tumeur ; maintenez cette main immobile et bien appuyée, sans fatigue ; avec votre autre main, pressez par petites secousses; la main qui est fixe recueillera les indications transmises par la pression. Si la tumeur est trop peu considérable, à vos deux mains, vous substituerez deux doigts ou même un seul, qui vous renseignera sur l'élasticité ou la rénitence, caractérisée par un retour de la substance sous la pulpe digitale, après la pression.

Enfin, votre tumeur peut être animée de battements, soit que ce soit un anévrysme, soit que ce soit un abcès soulevé par une artère ; cette indication est importante au point de vue opératoire vous ne l'obtiendrez qu'en palpant légèrement.

Vous avez déjà un bon nombre des éléments nécessaires pour établir votre diagnostic ; cependant, ce n'est pas encore tout; l'oreille doit vous servir aussi ; vous devez ausculter. Dans

les fractures de côtes, par exemple, elle vous permettra d'entendre les craquements ; pour certaines tumeurs, vous percevrez un bruit de souffle symptomatique d'ostéo-sarcome ou d'anévrysme. Auscultez surtout lorsqu'il y a des artères dans la région atteinte, lorsque la tumeur provient du squelette

Après avoir ausculté, vous percuterez ; la percussion peut nous rendre de grands services ; ainsi, elle peut nous révéler dans un gonflement œdémateux un emphysème gazeux, maladie rapidement mortelle, si l'on n'intervient pas. Notre percussion chirurgicale qui ne s'adresse pas aux viscères, sera le procédé que j'appellerai de la *chiquenaude*. Ce procédé a l'avantage de n'exiger que peu de surface ; les sons obtenus sont très nets, très clairs, très appréciables. Je vous rappelle d'ailleurs que dans la percussion et dans l'auscultation, il ne faut pas oublier le principe que je formulais en commençant et qui est d'observer les deux parties symétriques.

Faites la percussion de parti pris, toutes les fois que vous êtes au voisinage d'une cavité splanchnique. Une fois arrivés à ce point, vous avez tous les éléments du diagnostic incombant à la tumeur même. Examinez ensuite de même, le voisinage de la partie malade et comparez-le au côté sain.

Portez-vous à distance, si je puis ainsi parler : autrement dit, sachez l'anatomie des régions ; sachez où aboutit le système lymphatique de la région examinée, sachez d'où il part. Avez-vous un malade blessé à la jambe ? Tâtez les ganglions du pli de l'aine ; est-il blessé à l'avant-bras ? Portez-vous aux ganglions épitrochléen et axillaires. La connaissance des ganglions lymphatiques est très importante ; à elle seule, elle sert pour le diagnostic. Dernièrement, nous avons eu dans le service une malade qui présentait de l'engorgement des ganglions du pli de l'aine ; l'anatomie nous apprend que ces ganglions commandent les régions génitale et anale ; en effet, nous avons constaté chez la malade la présence d'un chancre induré dissimulé entre les grandes lèvres ; le diagnostic était fait.

Enfin, ne craignez pas de pratiquer le toucher rectal : quand les testicules ou le canal déférent sont malades, n'hésitez pas, explorez les vésicules séminales.

Vous avez maintenant le diagnostic ; il reste à le parachever, à le confirmer, en quelque sorte. Informez-vous alors de la santé générale du malade ; informez-vous de son passé. Ainsi, le malade chez qui nous devons pratiquer la castration a l'épididyme tuberculeux ; mais sa prostate et ses vésicules séminales sont à peine touchées ; doit-on l'opérer ? Fera-t-il les frais d'une opération ? La réponse nous sera donnée par la connaissance de son passé. Cette connaissance confirme parfois le diagnostic. Si vous concluez à une affection tuberculeuse, demandez au malade s'il a craché du sang, s'il a eu des écoulements d'oreilles, des kératites. Abstenez-vous de trop longues interrogations sur le passé de la famille. Vous apprendrez peu par là (je ne parle ici que de la chirurgie, pas de la médecine), et souvent vous attristerez inutilement le malade. N'interrogez que pour savoir si vous devez opérer.

Enfin, et j'y insiste, car nous autres chirurgiens l'oublions quelquefois, examinez les urines, quand tout est fini, avant d'opérer. Nous avions ces jours-ci parmi nos malades un gros homme qui présentait une plaque angioleucitique du dos du pied ; cette plaque était indolore, d'aspect étrange ; ce n'était pas le siège de la gangrène sénile ; nous avons analysé les urines, et nous avons reconnu que notre malade était atteint d'un fort diabète ; nous avons appris par là, combien notre incision devait être prudente.

Pour finir, je résumerai en quelques mots ce que je vous ai dit. S'il s'agit d'une lésion périphérique, examinez symétriquement, passant du côté sain au côté malade ; allez au but, et n'interrogez qu'à la fin seulement. Dans tout ceci, j'ai laissé à dessein de côté les lésions viscérales, nous y reviendrons dans une prochaine conférence.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

La délivrance naturelle simple ; procédé de Champetier de Ribes.

M. le Dr Bellot a publié sur la délivrance naturelle une étude (1) très complète dans laquelle il établit un parallèle entre les diverses méthodes de délivrance et décrit en particulier celle qui est pratiquée habituellement par M. Champetier de Ribes et qui, dans certains cas spéciaux surtout, peut rendre de grands services. Cette description exige des détails un peu minutieux (2).

L'accoucheur doit se placer à la droite de la malade dont le siège est fortement relevé au moyen d'un ou deux draps repliés : c'est la main gauche ici qui sera la main active.

Première partie. — La main gauche explorant l'abdomen trouve le globe utérin généralement déjeté à droite ; elle le trouve surtout en antéversion très accusée, en sorte que la face antérieure est en réalité antéro-inférieure. Car ce globe utérin forme avec le canal cervico-utérin un angle ouvert en avant, une coudure brusque.

A ce moment le placenta est en totalité, ou en grande partie, hors de la portion contractile de l'utérus. Presque toujours en ce cas, il n'est plus retenu que par les membranes.

Corriger les déviations utérines et surtout l'antéversion, afin de mettre l'axe de la cavité utérine dans le prolongement de l'axe du vagin : tel est le but de cette première partie.

On y arrive déjà par l'élévation du siège de la femme ; mais surtout en redressant le globe utérin avec la main gauche.

Deuxième partie. — Dans ce deuxième temps, dit M. Bellot, nous nous proposons de faire cheminer le *placenta* dans le vagin jusqu'à ce qu'il sorte de la vulve. Au moment de l'exécuter nous pouvons nous figurer (pour employer la comparaison de notre Maître) que la portion molle sous-jacente au globe utérin, prête à faire l'office *d'un piston*, surplombe suivant le même axe ce corps de pompe qui contient le placenta ; il a pour mission de chasser ce placenta hors du vagin.

Dans ce but le globe utérin toujours, redressé le plus possible dans l'axe même du vagin, est poussé par la main qui l'empaume, avec une force modérée, avec lenteur et sans discontinuité, en bas, en avant du côté de l'excavation.

(1) Chez Jouve.
(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1897.

Cette poussée utérine doit amener les grands diamètres du placenta hors de la vulve qui, dès ce moment, opposera un obstacle à sa rentrée dans les organes génitaux.

On pourrait croire, à voir exécuter ce deuxième temps, que la main gauche pratique l'expression utérine. Il n'en est rien. On n'agit efficacement ici que par la paume de la main coiffant le fond de l'utérus, les doigts étalés sur le corps utérin ne servant que comme points d'appui ; ici pas de contractions renforcées, puisqu'on agit en dehors d'elles ; pas de placenta à expulser à la manière d'un noyau de cerise, puisque déjà le placenta a quitté la cavité utérine.

La comparaison du corps utérin jouant en ce cas l'office du « piston » est pleinement justifiée.

Alors, seulement, la main droite jusqu'ici inoccupée intervient pour recueillir le placenta sortant de la vulve et le soutenir de façon qu'il n'exce aucune traction sur les membranes encore retenues dans les organes génitaux.

Troisième partie. — Elle est consacrée tout entière à l'obtention de membranes intactes, c'est celle qui réclame le plus de soin de la part d'un accoucheur consciencieux, le plus de patience, j'ajouterai le plus de douceur.

L'expulsion du placenta trop rapide, l'expulsion brutale, amène la plupart des déchirures des membranes. En effet, le placenta, par son poids, par la poussée que lui font subir parfois sur sa face profonde les caillots sanguins et les contractions utérines, enfin, par les efforts d'expulsion volontaires d'une malade indocile, menace d'être rejeté avec brusquerie hors des organes génitaux.

La main droite le soutient et s'oppose à ces poussées d'origine diverses.

Manœuvre. — Le but est de produire sur les membranes une certaine tension, qui va favoriser leur libération définitive.

On l'obtient en cherchant à éloigner, à remonter l'utérus plus ou moins loin du placenta qui est maintenu en place fixe par la main droite.

La main gauche va faire exécuter au globe utérin un mouvement ascensionnel diamétralement opposé à celui de la manœuvre précédente : tout à l'heure elle l'a pour ainsi dive invaginé dans l'excavation ; à présent elle va le remonter dans l'abdomen et veiller encore à ce que l'antéversion ne se produise pas.

A cet effet, la paume de la main appliquée sur la face antérieure de l'utérus, les trois doigts du milieu s'insinuent profondément entre l'utérus et la face postérieure de la symphyse pubienne et vont à la recherche de la partie inférieure du globe utérin ; ils accrochent ce bord et, *doucement*, remontent l'utérus, tandis que, par sa face palmaire, la main cherche à le tenir toujours dans le redressement voulu. Dans cette manœuvre nous remontons avons-nous dit, doucement le globe utérin, car nous craignons, en exagérant d'une façon trop brusque la distance qui sépare les deux points extrêmes d'insertion des membranes, d'amener leur rupture.

C'est dans cette même pensée que nous agissons toujours en dehors de toute contraction utérine.

Si, par cette « traction utérine » unique, les membranes ne sortent pas, il ne faut pas exagérer la traction, mais plutôt recourir au petit artifice suivant :

L'utérus à nouveau remis en position voulue, redressé, va être désormais maintenu ainsi par la face palmaire (cette face palmaire aura aussi le devoir d'apprécier l'état de contraction du muscle utérin). Pendant ce temps, l'extrémité des doigts va pratiquer de bas en haut, de la face postérieure de la symphyse jusqu'au bord inférieur du globe utérin une sorte de massage apparent qui n'a d'autre but en réalité que de faire exécuter au globe utérin une série de petits mouvements ascensionnels doux et réguliers. Autant de ces mouvements, autant de tractions correspondantes qui vont se faire sentir sur les membranes, dont l'extrémité placentaire est maintenue immobile.

Au point de vue du travail efficace de la sortie des membranes hors du globe utérin, l'effort de traction est reporté au niveau de l'anneau de Bandl. On agit aussi efficacement qu'avec la main introduite jusqu'à cet anneau et tirant directement sur les membranes.

Lorsque la main droite n'éprouve plus de résistance, elle attire doucement le placenta de plus en plus loin de la vulve. Les membranes complètes, non violentées, sans qu'il soit besoin de les réduire en corde par torsion, ayant toujours eu par cette façon de faire un rôle pour ainsi dire passif qui convient à leur gracilité, s'échappent « comme bavées » des organes génitaux.

Cette méthode qui a le grand avantage que l'action se passe presque constamment loin de la vulve, à travers la paroi abdominale, exige beaucoup de prudence et de la patience jointes à une certaine habileté manuelle. Bien qu'applicable presque toujours, elle est surtout utile alors qu'il serait difficile, impossible de recourir à la méthode des tractions sur le cordon : lorsque l'accoucheur a lieu de craindre que le cordon se rompe, ou qu'il soit d'une gracilité inquiétante, ou qu'on s'aperçoive de son insertion vélamenteuse ; à plus forte raison si le cordon s'est rompu comme cela se présente assez souvent chez des femmes qui accouchent debout en se rendant à l'hôpital ; dans le cas où l'on a reconnu que le placenta se présente par sa face utérine ; auxquels cas la traction sur le cordon amènerait la déchirure des membranes.

Dans tous les cas, on évite par cette méthode l'introduction de la main dans le vagin, non pas que l'accoucheur ne puisse être d'une antisepsie rigoureuse, mais parce que cette manœuvre peut être douloureuse pour la nouvelle accouchée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Heim. — Jugement.

Le Conseil supérieur de l'Université vient de casser le jugement de la Commission de discipline qui avait mis en retrait d'emploi M. l'agrégé Heim.

Les conclusions du tribunal d'appel sont que M. Heim n'a pas commis de détournements.

Il n'a fait que des fautes de gestion, et a eu le tort de faire figurer, dans la liste de ses titres, des travaux qui, en cours de préparation, n'étaient pas encore publiés.

Et ces deux gros crimes ont été jugés punissables de deux ans de suspension d'emploi !

Nous retenons du *scandale* que M. Heim n'était pas un voleur, et c'est ce qui nous importe. Quant à la sentence nouvelle et définitive, elle prouve qu'il faut, pour les chaires de la Faculté, moins de science que d'aptitudes administratives. S'en doutait-on ?

Les honoraires dans le cas de non inscription d'un malade, en temps utile sur la liste d'assistance.

22 janvier 1898.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous exposer un fait se rapportant à une difficulté survenue, entre un maire et moi, à l'occasion de l'application de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, et de solliciter, à ce sujet, votre appréciation, ainsi qu'un conseil relatif à la ligne de conduite que je puis avoir à tenir en pareille circonstance.

Le 12 juillet dernier, appelé auprès d'un client, déjà mon débiteur et indigent, je m'autorise de ma qualité de médecin adhérent au service de l'Assistance médicale gratuite, pour l'envoyer chez le maire de la commune, réclamer, en mon nom et au sien, son *inscription d'urgence* sur la liste des indigents et demander les *Imprimés nécessaires* au fonctionnement régulier du mécanisme imposé par la loi, tant pour les pharmaciens que pour les médecins. Le maire reste un peu dans le vague. Il laisse comprendre cependant assez clairement qu'il sera fait droit à notre demande ; mais, pour ne pas le faire immédiatement, il prétexte qu'il doit faire venir les *Imprimés utiles* à la chose. — A une deuxième démarche, faite quelques jours plus tard, il répond que *les papiers ne sont pas arrivés*. — A une troisième, une quatrième demande, il est fait une réponse à peu près identique.

Un jour, au cours de la maladie, je le rencontre moi-même devant la porte du malade. Il s'arrête spontanément ; nous causons et je le quitte *convaincu* que mon *compte sera soldé*. Je vais même, au cours de la conversation jusqu'à dire que la commune ne peut se soustraire à ce que je considère comme une obligation, et qu'au cas où il m'eût été opposé un refus, j'aurais cessé mes soins, ou fait le nécessaire pour obtenir satisfaction.

Dans le courant d'octobre je demande par lettre, la maladie étant passée, à être mis à même de fournir un compte susceptible d'être soldé par mandat préfectoral. *Pas de réponse*.

Je fais passer mon client chez le maire qui lui déclare que le *médecin* sera *payé peut-être*, mais que le pharmacien n'a pas à y compter.

En décembre je me rends moi-même chez le maire : nous paraissons d'accord. Il dit seulement, ce qui est exact, je viens de l'apprendre, que son conseil consulté, accepte de payer quelques visites, mais *quelques visites seulement*.

J'insiste, je cherche à être éloquent, désirant toucher ce qui m'est dû, éviter, si je le puis, d'instituer un conflit aigu, mais surtout et avant tout de paraître vis-à-vis du public, vis-à-vis du maire et vis-à-vis de moi-même, dupe et victime de pareils procédés. On finit par me dire qu'on me paiera, mais qu'à cause des difficultés ou des exigences budgétaires, on ne pourra me *payer qu'en deux fois*. J'accepte tout et le maire promet de passer chez moi dans la huitaine, papiers en mains, afin de tout régulariser et terminer. *J'attends encore*.

Le 10 janvier, j'adresse à notre maire un compte médico-légal de 14 fr., sa note personnelle de 16 fr. et la note de mon indigent s'élevant à 50 francs. Le maire m'envoie, par un tiers, un mandat médico-légal de 14 fr. Quant à sa note personnelle, je n'insistai pas, bien entendu. Il n'en parle pas, mais il reste muet aussi sur mon compte d'indigent, celui qui m'occupe le plus. *Que dois-je faire ?*

J'ai l'intention, de m'adresser directement à la Préfecture ; mais je désire savoir si, au point de vue du droit administratif, je puis, en procédant ainsi, compter ou non sur une *solution favorable* ?

Je m'excuse d'avoir été si prolixe pour si peu de chose. Il m'a cependant paru indispensable d'être aussi clair que possible.

Dr N., à A. (Gironde).

M. Rondel, contrôleur de l'assistance, a bien voulu, avec son obligeance ordinaire, répondre à la question de notre confrère par la note suivante :

Le maire de chaque commune a bien le droit de prononcer l'admission d'urgence, mais il n'en a le devoir que comme devoir de conscience, de sorte que s'il néglige de le faire en temps utile et par les procédés réguliers, le médecin qui l'aura cru sur parole n'aura aucun titre pour *exiger* le paiement d'honoraires du service de l'assistance médicale gratuite.

Cette solution s'explique, parce que l'admission d'urgence n'a été considérée par le législateur de 1893 que comme un cas tout à fait exceptionnel. En principe, l'admission à l'assistance doit se faire sans attendre la maladie déclarée ; elle comporte l'inscription sur la liste communale, dressée une fois par an et revisée tous les trois mois, de tout individu privé de ressources pour payer ses frais de maladie. Or, cette inscription peut être réclamée par tout habitant ou contribuable de chaque commune, y compris l'indigent, et si le bureau d'assistance ou le conseil municipal refusent, on a un recours devant la commission cantonale d'appel instituée par l'article 17 de la loi.

En dehors de cette voie contentieuse de recours, le médecin n'a que la ressource de s'adresser directement au préfet pour demander à ce dernier, au nom de l'équité, d'intervenir officiellement en sa faveur.

Je ne parle pas, bien entendu, du cas où, par suite de circonstances de fait très difficiles à diagnostiquer sur pièces, le maire, en frustrant le médecin de sa rémunération espérée, aurait engagé personnellement sa responsabilité civile ou pénale. C'est là du droit commun, et l'on sait qu'en cette matière la jurisprudence des tribunaux ordinaires hésite beaucoup à prononcer des condamnations.

N. D. L. R. — A la réponse de M. le contrôleur de l'Assistance publique qu'il nous soit permis d'ajouter un conseil, visant le cas particulier du signataire de la lettre.

Nous estimons que, pour ne pas ouvrir prématurément un conflit, M. le Dr N. devrait adresser au maire, comme président du Conseil municipal, avant l'ouverture de la session de février,

une lettre *officielle* sollicitant le paiement du mémoire déjà remis.

C'est en cas de refus, seulement, qu'il y aurait lieu de recourir à l'intervention préfectorale. Les susceptibilités locales seraient ainsi ménagées, et il est à présumer que le Conseil municipal ne rejetterait pas plus le mémoire de notre confrère, qu'il ne refuse celui de toute personne ayant effectué, pour la commune, un travail reconnu.

Le remède au malaise professionnel.

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous adresser mon bulletin d'adhésion à la Ligue de protection fondée par le Concours sous le nom de Sou médical.

De toutes les œuvres du Concours, déjà nombreuses et florissantes, celle-ci ne sera pas la moins utile et la moins bonne. Son but est excellent, et sans parler de la caisse de secours immédiats qui, je l'espère, n'aura pas trop souvent à s'ouvrir, votre trésor de guerre contre toutes les collectivités et sociétés qui nous exploitent, contre tous les charlatans et bonnes sœurs qui abusent de la crédulité publique et nous enlèvent une grande partie de notre clientèle, ce trésor de guerre trouvera à se dépenser largement pour le plus grand bénéfice du médecin et surtout de la profession médicale. Peut-être un jour, mieux défendus et plus instruits de nos véritables intérêts, pourrons-nous retrouver cette respectabilité, cette honorabilité qui faisaient de nous des hommes à part dans la société et qui malheureusement tendent à s'amoindrir.

A qui s'en prendre ? Bien souvent, il est malheureux de le dire, à nous-mêmes. Dans ce grand combat de la lutte pour l'existence, nous avons parfois perdu de vue les notions du juste et de l'injuste, de ce grand principe de déontologie : Ne fais pas à ton confrère ce que tu ne voudrais pas qu'il te fît. Le public, qui assiste à nos petites luttes, à nos petites rivalités, en fait son profit, et la confiance et l'estime qu'il a pour nous n'y gagnent certes pas.

Comment empêcher tous ces écarts et remédier à l'amoindrissement moral qui nous frappe ? Je ne suis pas partisan d'un ordre des médecins. Je tiens à ma liberté, et d'ailleurs je trouve qu'il est inutile de hiérarchiser notre profession. Je ne crois pas que la crainte des décisions de ce conseil puisse jamais retenir un médecin dans le droit chemin.

La crainte du gendarme n'est le commencement de la sagesse que pour les cerveaux inférieurs.

Je crois la grande généralité des médecins parfaitement honnêtes, et point n'est besoin de les menacer des foudres d'un Conseil de discipline, pour qu'ils persistent dans une attitude correcte.

Le remède, suivant moi, n'est pas dans la création de cet ordre de médecins, mais bien dans l'amélioration de notre sort. Un médecin ne commet une faute contre les règles de la bonne camaraderie, que parce qu'il se sent entraîné par le malheur, par cette lutte pour le morceau de pain de chaque jour. Soyons heureux, nous serons tous bons.

Et c'est parce que je trouve dans les œuvres du Concours médical cette tendance à améliorer, à assurer notre sort, que j'y ai adhéré avec enthousiasme et que j'applaudis et encourage de mes vœux tous ceux qui dirigent notre puissante association médicale.

Dr H., à R. (Finistère).

La Profession médicale.

Dans la *Revue des Revues* du 15 janvier dernier, on vient de publier un exposé, hélas trop exact, de la situation sociale actuelle des « Intellectuels » sans fortune. Ce qu'il y est dit des *médecins* en particulier, jugé d'une façon trop sévère par quelques-uns, est cependant au-dessous de la vérité. Et ceux qui prétendent que la profession médicale n'est pas en aussi mauvaise posture qu'on s'efforce de le faire pressentir, montrent seulement qu'ils ne sont guère renseignés sur les choses dont ils veulent disserter.

A Paris, où l'on compte plus de 2.500 médecins ne demandant qu'à exercer, c'est à peine si 800 d'entre eux gagnent de 8.000 à 15.000 francs ! Or, j'affirme qu'un médecin, à Paris, ne peut pas vivre, même *seul*, à moins de 12.000 fr. par an ! Ou bien il ne sera pas pris au sérieux. J'ai encore dans l'oreille la conversation d'un ancien client, surprise à travers la cloison, il y a quelques années. Ne criait-il pas tout haut, dans mon salon : « Qu'est-ce que ce médecin de pacotille ? Certainement, il n'a pas de clients ! Sans cela, il serait mieux installé ! » Tous les bourgeois — même d'esprit supérieur —, demandent à être « épatés », et même trompés sur la valeur de la marchandise qu'on leur offre. C'est une loi fatale, basée sur la bêtise humaine...

Toujours d'après le même article, il y aurait à Paris 1.200 médecins qui gagnent moins de 8.000 francs par an ; mais, à mon sens, ce chiffre est très inférieur à la réalité. Je n'exagère certainement pas en affirmant qu'il y en a bien près de 1.000 qui atteignent à peine 6.000 à 7.000 francs. Pour ceux-là, évidemment, c'est la misère. — Que font-ils ? Ils sont tantôt *journalistes*, *hommes de lettres*, etc., comme c'est le cas pour plus d'un de nos amis qui ne s'en vantent pas, et pour votre serviteur en particulier, qui a eu le tort de croire que cette profession nourrissait son homme ; tantôt *pourvoyeurs*, *rabatteurs*, *voyageurs de commerce* (comme on voudra) de spécialités lancées ; tantôt *commerçants* purement et simplement ! Dans ces métiers à côté, et surtout dans celui de journaliste, on gagne à peu près ce qu'il faut pour payer son habit noir et... crever de faim. A Paris, en effet, le médecin né pauvre n'a pas la ressource, — la meilleure des ressources —, de son confrère de province : il ne peut pas, en général, faire un *mariage riche !*

En province, certainement, à l'heure actuelle, un médecin, sans aucune fortune personnelle, marié ou non à une personne également sans capitaux, ne peut pas vivre en simple médecin indépendant, sans faire en même temps le *commerce* de la pharmacie.

Dans la *Revue des Revues*, on ajoute que les moins favorisés se jettent dans la *Politique* et finissent quelquefois par échouer à la Chambre. Cette affirmation est une erreur et une grosse erreur. En province ne peuvent faire de politique que les médecins *riches*, ou ayant déjà une certaine situation professionnelle. Ne sait-on pas ce que coûte une élection, même dans les pays où les luttes sont peu vives ? Et puis ne va pas à la po-

litique qui veut ! Il faut le feu sacré, comme au poète l'inspiration, pour se risquer en ces parages toujours très dangereux. Non, la véritable ressource du médecin de campagne, ce n'est pas le Conseil général, le Palais-Bourbon ou le Sénat : c'est la *femme dotée* ! Cela est triste à dire, en France, en plein dix-neuvième siècle ; mais cela est et il faut le répéter encore ! La preuve, c'est que les médecins, nés vraiment pauvres, mariés pauvrement ou même célibataires, sont aujourd'hui vraiment dans la plus noire misère !

Marcel BAUDOUIN, in *Progrès médical.*

12 janvier 1898.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat médical du Sud-Est.

Cher Directeur,

Je vous envoie la copie de trois jugements rendus par le Tribunal correctionnel de Grenoble, concernant des faits d'exercice illégal de la médecine. Les attendus sont merveilleux et méritent de faire le tour de la presse. Heureusement les magistrats de la Cour d'Appel n'ont pas la même façon d'interpréter la loi. Le curé de Mens, dont le *Concours* a publié le jugement en première instance, vient d'être condamné en Appel à 100 francs d'amende et à tous les dépens. Je vous enverrai bientôt ce jugement, qui paraît étudié à fond et définit très bien l'acte d'exercice illégal de la médecine.

Dans une lettre, un peu pessimiste, de notre confrère, le Docteur Fayard, publiée dans votre avant-dernier numéro, il est question du Syndicat médical du Sud-Est. Ne voulant pas laisser les membres du Syndicat sous l'impression de cette lettre, je me permets de rectifier quelques faits, sachant bien que M. le Dr Fayard n'y mettait pas de parti pris.

Notre confrère dit : « Nous en sommes à la rémunération de 0,04 cent, par tête d'habitant. »

Or, sur la demande de notre Syndicat, nous avons obtenu, *pour l'année* 1898, les trois points suivants :

1° Honoraires pour l'Assistance médicale gratuite, 40.000 au lieu de 20.000 ;

2° Répartition de la somme par tête d'inscrit, au lieu de par habitant ;

3° Pour tout inscrit en cours d'année, la commune paiera les soins au tarif suivant.

Visite 1 fr. 50 + 0.50 cent par kilomètre parcouru. Il est vrai que nous avons dû, pour obtenir ce résultat du Conseil général, mettre en avant les lettres de démission recueillies, comprenant les deux tiers des Médecins cantonaux des arrondissements de Grenoble, Saint-Marcellin et la Tour du Pin. Vous voyez que nous sommes loin « du très petit nombre de démissions dont la plupart venaient de confrères n'ayant jamais eu de service ».

La condamnation, en appel du curé de Mens doit montrer à nos confrères qu'il ne faut pas succomber au découragement. Quand on voudra bien nous signaler des actes d'exercice illégal, nous demanderons énergiquement des poursuites, et, forts de notre droit, nous n'aurons pas peur de fatiguer la magistrature, si elle nous reçoit avec des attendus injurieux pour le corps médical.

Veuillez agréer, etc.

Dr BOUCHAIN (de Saint-Ismier, Isère), Président du Syndicat du Sud-Est.

3 février 1898.

N. D. L. R. — M. le Dr Fayard, qui n'avait pas prévu (il vient de nous l'écrire) la publication de sa lettre, et ne s'était pas préoccupé de donner des renseignements *de dernière heure*, sera le premier à applaudir au succès des efforts tentés, dans la région, par ses amis du Syndicat du Sud-Est.

Voici la copie des trois jugements annoncés par M. le Dr Bouchain. On remarquera que certains attendus se présentent avec le caractère de clichés, d'une reproduction facile indéfiniment renouvelable, sans effort cérébral. Nos confrères n'ont donc pas à craindre, en effet, de fatiguer la magistrature locale.

Tribunal correctionnel de Grenoble.

Audience du 21 septembre 1894.

Entre M. le Procureur de la République et Pelloux (Jean-François), âgé de 43 ans. né à Saint Bernard, le 26 janvier 1851, fils de François et de Julie Amblard, propriétaire, domicilié à Brignoud (Villard-Bonnot), prévenu d'avoir à Villard-Bonnot, en 1894, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement sans être muni de diplômes, aux traitements des maladies et opérations chirurgicales.

Le tribunal, après l'interrogatoire de huit témoins, ouï M. Rémy en ses réquisitions et M. Blanchet avocat, a statué en ces termes :

Attendu qu'il est constant et d'ailleurs non contesté par Pelloux, qu'il a habituellement exercé la médecine en donnant en dehors de tout cas d'urgence avérée, des soins médicaux et en prescrivant des traitements, notamment par les témoins Baroz, Avenier, Boule, Durand, Cazan, Guillet, Jardin et Mazet. Attendu que toutefois *il convient d'atténuer dans la plus large mesure* l'application de la loi pénale, à raison de ce que le prévenu a fait certaines études de médecine qui n'ont été interrompues que par l'accident qui l'a rendu muet et aussi à *raison de l'éloignement des médecins*, éloignement qui rend l'assistance de ces derniers, non pas impossible, *mais difficile relativement* ET ONÉREUSE pour certaines communes où Pelloux a pratiqué illégalement la médecine. — Attendu que ces faits ainsi retenus constituent le délit prévu et puni par les art. 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892. — Attendu qu'il existe dans la cause des circonstances atténuantes permettant de faire bénéficier le prévenu des dispositions de l'art. 27 de la même loi.

Par ces motifs, le tribunal déclare le dit Pelloux (Jean-François), atteint et convaincu d'avoir à Villard-Bonnot en 1894 exercé illégalement la médecine en prenant part habituellement sans être muni de diplôme aux traitements des maladies ou opérations chirurgicales et en réparation le condamne à 5 francs d'amende.

Audience du 12 mai 1897.

Entre M. le Procureur de la République et Pelloux (Jean François), âgé de 46 ans, né à Saint-Bernard, le 26 janvier 1851, propriétaire domicilié à Brignoud prévenu d'avoir, depuis moins de

trois ans, à Brignoud, Saint-Isnier, Villard-Bonnot, exercé illégalement la médecine en prenant part habituellement sans être muni d'un diplôme au traitement des maladies et affections chirurgicales.

Le tribunal après audition des témoins, ouï M. Robinet en ses réquisitions et M. Favre Gilley en sa plaidoirie, et après en avoir délibéré et statué en ces termes :

Attendu qu'il est constant et d'ailleurs non contesté par Pelloux qu'il a habituellement exercé la médecine en donnant en dehors de tout cas d'urgence avéré des soins médicaux en prescrivant des traitements suivis notamment par les témoins Liaud, Billon et Corselet.

Attendu qu'il a été condamné pour des faits de même nature, le 27 septembre 1894, à 5 francs d'amende ; que toutefois il CONVIENT D'ATTÉNUER DANS LA PLUS LARGE MESURE l'application de la loi pénale à raison de ce que le prévenu a fait certaines études de médecine qui n'ont été interrompues que par l'accident qui l'a rendu muet et aussi à raison de l'éloignement des médecins, éloignement qui rend l'assistance de ces derniers non pas impossible, MAIS, RELATIVEMENT DIFFICILE et RELATIVEMENT ONÉREUSE pour certaines communes où Pelloux a exercé illégalement la médecine.

Attendu que ce fait ainsi retenu constitue le délit prévu et puni par les articles 16 et 10 de la loi du 30 novembre 1892.

Par ces motifs : Le tribunal déclare le dit Pelloux atteint et convaincu du délit d'exercice illégal de la médecine qui lui est imputé et en réparation le condamne à **25 francs** d'amende. Le tout par application des articles 16, 18, de la loi du 30 novembre 1892.

Audience du 27 octobre 1897.

Entre M. le Procureur de la République et Pelloux (Jean-François), âgé de 46 ans, né à Saint-Bernard le 26 janvier 1851, domicilié à Brignoud (Villard-Bonnot), prévenu d'avoir à Lancey, Brignoud, Villard-Bonnot, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine en prenant part habituellement, sans être muni d'un diplôme au traitement des maladies et affections chirurgicales. Le tribunal, après audition DU TÉMOIN, ouï Monsieur Jean, en ses réquisitions, M. Aubenne en sa plaidoirie, après en avoir délibéré conformément à la loi, a statué en ces termes :

Attendu qu'il est constant et d'ailleurs non contesté que depuis moins de trois ans et en dehors de tout cas d'urgence le prévenu, qui n'est muni d'aucun diplôme a donné des soins à différentes personnes et prescrit des médicaments qui ont été délivrés par le pharmacien Raffin, témoin entendu à la présente AUDIENCE.

Attendu que ce fait constitue le délit prévu et puni par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892.

Attendu que le prévenu a déjà été condamné le 21 septembre 1894 et 12 mai 1897 pour des faits de même nature ; que toutefois il CONVIENT DE LE FAIRE BÉNÉFICIER DE L'ARTICLE 463 DU CODE PÉNAL :

Pour ces motifs : Le tribunal déclare le dit Pelloux coupable du délit d'exercice illégal de la médecine qui lui est imputé et en réparation le condamne à **25 francs** d'amende. Le tout par application des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le Dr *Besançon* nous paraît bien inspiré lorsqu'il dit, dans le *Journal de médecine interne*, à un de nos édiles : La goutte, chez le marchand de vin, coûte 2 sous ; l'absinthe 3 ; la bière 4 ; le vin 4 ou 5. Vous n'aurez rien fait, pour l'ouvrier contre l'alcoolisme, tant que la chope de bière ne coûtera pas 2 sous, le demi-setier de vin trois et les apéritifs 8 à 10 sous. On annonce, en effet, que les boissons hygiéniques au lieu d'être dégrevées absolument, continueraient à payer de 25 à 30 francs l'hectolitre. C'est aux purs que doit s'adresser notre confrère.

Ecole de médecine navale. — Le *Journal officiel*, dans son numéro du 5 février, a publié les instructions relatives à l'admission, en 1898, dans les trois écoles annexes de médecine navale établies dans les ports militaires de Brest, Rochefort et Toulon. Les candidats doivent se faire inscrire du 15 septembre au 1er octobre à la préfecture du département où est établie leur famille, ou de celui où ils poursuivent leurs études. Les admissions auront lieu du 1er au 30 novembre par décision ministérielle.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, les membres du « Concours médical » dont les noms suivent viennent d'être nommés.

1° *Officiers de l'instruction publique.* — MM. les Drs Bichon (Angers) ; Calmon (Céret) ; Dodin (Challans-Vendée) ; Durand (Marseillan-Hérault) ; Floyssac (Treignac-Corrèze) ; Gagey (Pouilly-en-Auxois, Côte-d'Or) ; Ladevèze (Saint-Florent, Cher) ; Lebrun (Bar-sur-Aube) ; Pernot (Rambervilliers, Vosges) ; Villard (Meuse).

2° *Officiers d'académie.* — MM. les Drs Bolognes (Le Mans) ; Boutier (Loches, I. et L.) ; Bréchot (Versailles) ; Brousse (Saint-Etienne-au-Mont, P. de C.) ; Dop (Toulouse) ; Dresch (Foix) ; Felletin (Yzon, Gironde) ; Godfrin (Clermont-en-Argonne, Meuse) ; Guillot (Lizy-sur-Ourcq, S. et M.), ; Larq (Ney, B. Pyr.) ; Lévy (Nancy) ; De Mauny (Bronssac, Charente) ; Ménard (Bacqueville, S. Inf.) ; Molas (Auch, Gers) ; Pichez (La Rochelle, Ch. Inf.) ; Rigail (Carcassonne, Aude) ; Théron (Capestang, Hérault) ; Turriès (Puimoisson, Basses-Alpes).

Nous avons reçu pour la première fois la *Revue de psychologie clinique et thérapeutique* de MM. les Drs Hartenberg et Valentin, et le premier numéro de la *Revue générale de Pathologie*, bi-mensuelle, rédacteur en chef Dr Courtois-Suffit.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4243. — M. le docteur SCAMARONE, de Frenda (Oran), membre de l'Association des médecins d'Oran.

N° 4244. — M. le docteur DEFOS, à Cronat (Saône-et-Loire), présenté par M. le docteur Jean, du Teillet (Tarn).

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs LAFAURIE, du Havre (Seine-Inférieure), et PAILHAS, de Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL.

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Devoir de Propagande.

Lors de notre dernière Assemblée générale, mon excellent ami le Dr Jeanne, constatant combien mettaient de temps à se développer nos œuvres, même les moins contestées, comme l'Association Amicale, faisait appel à une chaude propagande de la part de tous. Il demandait que chaque membre voulût bien amener un adhérent nouveau, et sa proposition était saluée par une double salve d'applaudissements, dont il s'empressait de prendre acte.

Mais combien, même parmi les membres présents, se souviendront de leur engagement moral? Combien s'efforceront de témoigner, par cet acte de solidarité, de la confiance qu'ils ont, eux-mêmes, dans l'œuvre, de la satisfaction qu'ils ont de s'y être agrégés ou de la reconnaissance des services qu'elle a pu leur rendre ?

Et pourtant, est-il donc si difficile de convaincre un confrère, voisin ou ami ?

Tel qui lit nos compte rendus, leur donnant une vague approbation ou même se promettant d'adhérer quelque jour, se tient coi et remet à plus tard, qui, creusant l'affaire dans une conversation confraternelle et s'éclairant sur les points mal compris, s'empresserait de venir grossir nos rangs, nous apportant le surcroît de garantie que donne le nombre et s'assurant pour lui-même une sécurité qu'il sait bien lui manquer.

Comment, mes chers confrères, vous qui avez foi dans nos œuvres et qui nous le témoignez hautement par vos lettres, vous croyez avoir fait tout votre devoir, en envoyant votre adhésion personnelle et en acquittant scrupuleusement vos versements ! — Je ne puis le croire.

Je ne puis admettre que, parmi les médecins voisins, parmi les anciens camarades d'hôpital, d'amphithéâtre ou de collège, vous ne puissiez trouver quelqu'un à convertir : il suffit pour vous de vouloir, et vous ne voudriez pas ? — C'est impossible !

Vous vous trouvez en présence d'une association confraternelle, qui assure à ceux de ses membres, mis par la maladie dans l'*impossibilité* de continuer l'exercice de leur profession, une indemnité sérieuse, et ce moyennant un versement annuel qui selon l'âge oscille entre 60 et 140 francs.

Vous avez une autre association confraternelle, qui assure à ses membres, à partir de 60 ans, une pension viagère pouvant les mettre à l'abri de la misère, compagne fréquente de la vieillesse, avec des tarifs inférieurs à ceux de toutes les sociétés similaires.

Vous avez cette œuvre naissante, le *Sou médical*, qui se propose de défendre le médecin contre tous ses ennemis, contre toutes les difficultés auxquelles il se heurte tous les jours, qui veut faire établir une jurisprudence favorable dans cette multitude de cas mal définis, qu'isolés nous n'osons pas soulever, par crainte du dérangement, des frais ou de notre situation personnelle.... et ce, moyennant le versement d'un sou par jour !

Vous avez enfin cette association d'où sont sorties toutes les autres, le *Concours médical*, à laquelle tous peuvent adhérer moyennant un versement unique de dix francs; (bien plus par un simple abonnement au journal, grâce à la libéralité de son directeur), association qui a

plus fait que toutes les autres, pour le relèvement professionnel et ne cesse de rechercher ce qui peut être utile ou avantageux au médecin.

Et parmi toutes ces œuvres, vous ne verriez rien à proposer, rien à faire accepter autour de vous ?

Nous pourrions citer des confrères qui ont prêché d'exemple et qui ont réussi au delà de toute espérance ; pourquoi ne pas les imiter? Ce ne sont pas les occasions qui manquent. N'y a-t-il pas les réunions de sociétés locales, de syndicats, de sociétés médicales ? N'y a-t-il pas l'hôpital, les consultations, les réunions intimes?

Songez qu'en recrutant un prosélyte, vous lui rendrez service, puisque vous lui faites faire acte de prévoyance ; et que vous travaillez en même temps pour vous-mêmes, puisque vous augmentez la puissance de l'œuvre à laquelle vous participez. Songez aussi qu'en l'amenant à l'une quelconque de nos créations, vous le rapprochez en même temps des œuvres sœurs, puisque, malgré leur indépendance administrative et financière, toutes se prêtent un appui moral incontestable ; nous en avons la preuve chaque jour. Songez, enfin, qu'au siège social nous ne pouvons tout faire, que forcément notre propagande reste un peu trop générale, et, s'adressant à tous, n'intéresse pas toujours chacun, autant que nous le voudrions.

Mais vous qui êtes plus près, vous pouvez convaincre beaucoup plus facilement : vous savez sur quels points il faut insister, vous savez quels avantages il faut faire valoir, quelles préventions il faut détruire.

Dans le fonctionnement de l'*Association amicale*, nous avons les Délégués départementaux et les Correspondants — et certains, les rapports du Dr Jeanne en témoignent, ont rempli consciencieusement ce qu'il considèrent comme un devoir, — mais cela ne suffit pas. Il faut que tous les membres se mettent à l'œuvre, il faut qu'ils nous amènent, avant la prochaine Assemblée générale, cet adhérent nouveau qu'ils ont promis.

Au *Sou médical*, nous aurons les dizainiers, et nous comptons sur les confrères qui se sont bénévolement offerts : il faut que chacun d'eux s'empresse de compléter la liste des dix adhérents qui figurera sur son carnet, et s'efforce, s'il parvient à dépasser ce nombre, de créer à côté de lui un nouveau dizainier qui ne se montrera pas moins zélé.

Tous savent qu'ils peuvent compter sur nous, comme nous comptons sur eux — n'est-ce donc pas un élément certain du succès ?

Et puis, on l'a dit fort justement, il faut avoir une occupation, un souci qui nous sorte du train-train de tous les jours, qui nous empêche de nous engourdir dans notre trou, et de sombrer dans cette existence, qui commence à la lecture des faits divers de la feuille locale, pour finir à la manille quotidienne.

Quel meilleur sujet que nos œuvres amicales pourriez-vous souhaiter ? Vous ne pouvez douter du succès de ces œuvres, il éclate dès maintenant : vous en avez comme preuve les rapports de nos secrétaires et de nos trésoriers.

Vous ne devez pas douter davantage de votre succès personnel ; pour réussir où d'autres ont réussi, il vous suffit d'un peu de bonne volonté et de persévérance.

En avant donc, chers confrères, faites de la propagande, encore de la propagande, toujours de la propagande.

Vous n'aurez pas à le regretter,

Dr A. Gassot.

HYGIÈNE ET ASSISTANCE

Une œuvre médicale bien opportune.

Maule, commune de Seine-et-Oise, de 1400 habitants, possède un Comité de l'*Association des Dames françaises*, qui recrute ses adhérentes dans la région. L'un des médecins de la localité,

FEUILLETON

Appel aux médecins en vue de la fondation de l'Association des Femmes Françaises.

Chers Confrères,

L'Association des Dames Mauloises, pour secours aux femmes en couches, que les bonnes volontés locales m'ont permis d'organiser dans les limites de ma modeste clientèle, et qui a reçu, le 4 février 1898, l'approbation ministérielle, poursuit et atteint un double but.

Convaincue, avec M. le Professeur Pinard, dont les observations ont été soumises à l'Académie de médecine, que le poids et la vigueur du nouveau-né sont d'autant plus remarquables que la mère a moins peiné pendant les derniers temps de la grossesse, elle a voulu permettre à la femme nécessiteuse un repos suffisant, au cours du mois qui précède l'accouchement, et lui assurer les secours indispensables en alimentation, chauffage, etc...

C'est le premier point.

Le second vise la possibilité de pratiquer l'accouchement dans des conditions de sécurité et d'hygiène, conformes aux exigences de la science moderne : il est rempli en fournissant à la femme tout le nécessaire, afin que le secours médical ne soit pas compromis par quelque cause, inhérente au milieu dans lequel vit l'accouchée.

Enfin, par surcroît, l'Association dote l'enfant de sa première layette, et lui assure un sein que la misère ne viendra pas tarir prématurément.

Ne vous semble-t-il pas, chers confrères, que l'expansion de cette œuvre de puériculture, intra et extra-utérine, soulève une question d'intérêt national qui m'autorise à réclamer votre concours ?

Comme moi, vous avez constaté que ce sont encore les ouvriers, les paysans, les journaliers, en un mot, les humbles, qui sont chargés de grandes familles ; c'est à eux que l'État prend le plus, sans leur accorder une compensation méritée.

Qui de vous ne se rappelle cette femme en haillons, qui vient, un enfant sur le bras, un autre accroché à ses jupes, vous demander un conseil sur les mouvements insolites qu'elle ressent dans son ventre ?

Et, si dans votre regard elle devine la réponse fatale, quelle douloureuse étape s'ouvre devant elle ! Elle le connaît ce chemin de calvaire, tant de fois parcouru par elle : neuf mois de grossesse, neuf mois de souffrance, neuf mois pendant lesquels l'être à venir est déjà en détresse, nourri qu'il est par le sang anémié de cette mère qui se prive de tout, pour empêcher de mourir ceux qui vivent déjà et qui crient la faim !

La voilà au lit ! Qui s'occupera d'elle, de ses enfants ? Comment calmer les premiers cris de son nouveau-né ? Tant qu'il était dans son sein, sa chaleur le protégeait ; maintenant que le voilà au

M. le Dr Pecker, membre du Concours médical, frappé du peu d'emploi que trouvent, en temps de paix, les bonnes volontés de toutes ces femmes, groupées pour une œuvre patriotique excellente, mais créée en vue de la guerre, a eu l'ingénieuse idée de les réunir en une *Société d'assistance aux indigentes pendant la période de temps qui précède ou suit l'accouchement de celles-ci*, et a donné à cette création fort utile, qui a déjà fait ses preuves, le nom d'*Association des Dames Mauloises*, afin d'éviter la confusion entre les deux œuvres locales composées des mêmes éléments. La nouvelle Association tient l'indigente sous sa protection durant le dernier mois de la grossesse et pendant celui qui suit la délivrance, lui fournissant repos, aide aux soins du ménage, alimentation, linge, médicaments, soins par une garde au courant des précautions d'asepsie et d'antisepsie ; en un mot ce que peuvent avoir à prescrire les médecins, et le concours dont ils ont besoin. — Toute femme parvenue au terme de la grossesse a le droit de réclamer le secours de l'Association, mais, si elle n'est pas indigente, elle versera une indemnité proportionnée à ses ressources : il n'est fait, bien entendu, aucune distinction de politique ou de religion. L'aide prêtée aux familles aisées ne comporte évidemment que les soins d'une garde bien stylée.

La Société se compose de : 1° membres bienfaiteurs, qui versent une somme de 50 francs au moins ; 2° membres donateurs qui versent au moins 30 francs ; 3° membres titulaires qui payent une cotisation annuelle de 3 francs ; membres *actifs*, dispensés de la cotisation, mais forcés d'avoir les connaissances spéciales pour assister utilement le médecin et l'accouchée. Les hommes peuvent faire partie des trois premières catégories, qui ne sont tenues qu'à l'obligation de verser une somme. Le Conseil d'administration, élu par la totalité des membres, est composé de six personnes et nommé pour cinq ans : il choisit dans son sein, Président, Vice-Président, Secrétaire, Trésorier et Directrice du matériel.

Le fonctionnement, très simple, peut se résumer ainsi :

1° L'indigente, arrivée au 8e mois de sa grossesse, se présente chez son médecin, qui se préoccupe aussitôt de choisir la garde parmi les membres *actifs*, et qui remet à *celle-ci* un bon de 10 francs, pour le cas où les secours du bureau de bienfaisance en pain, viande, chauffage, etc.. seraient insuffisants.

2° Quinze jours avant l'accouchement, deuxième bon du médecin, remis à la surveillante désignée, pour être délivrée, par la Directrice du matériel, une caisse contenant :

6 draps, 4 chemises, 6 serviettes, 2 taies d'oreiller, 4 mouchoirs, 1 sac pour linge sale, 2 langes, 6 couches, 3 chemisettes, 3 brassières, 1 injecteur avec canule, 1 bassin en tôle émaillée, 1 cuvette en tôle émaillée.

La layette restera à l'enfant : le reste fera retour à la Société pour être soumis à la désinfection et au nettoyage, méticuleusement prévus et réglés, en vue de service ultérieur.

3° En même temps que les objets ci-dessus, et toujours par simple bon, le médecin fait confier à la surveillante les antiseptiques ou autres médicaments utiles pour l'accouchement ; mais ici le bon est enregistré et payé par la mairie ou par le bureau de bienfaisance.

4° L'heure de l'accouchement arrive. La dame surveillante est à son poste près de la parturiente ; elle a reçu un bon de 20 francs pour le mois qui va suivre ; le médecin trouve tout préparé et est sûr d'être intelligemment secondé, au moins par une personne. Celle-ci, en même temps, remplacera la mère de famille auprès des autres enfants, exécutera de point en point toutes les prescriptions, tranquillisant l'accouchée et le médecin, permettant, en un mot, de remplir toutes les indications de l'hygiène, en matière puerpérale, sous le toit de la chaumière comme sous celui du riche.

---

monde, comment le réchauffer, comment le vêtir ? Tant qu'il était dans son sein, il se nourrissait de son sang ; et maintenant, pourra-t-il vivre de son lait ? Il se trouve ainsi que le jour de joie et de bonheur est, pour cette pauvre mère couchée sur son lit de misère, un jour de tristesse et de pensées noires. Il se trouve que le jour où la France est devenue plus riche d'un citoyen pour sa défense, la femme qui lui fit ce don précieux en est devenue plus pauvre ! Heureusement, le médecin, qui veille sur ses semblables, qui est là au seuil de la vie, qui sent toutes les misères de la déshéritée, doit pouvoir, au nom de la générosité de ses sœurs plus fortunées, adoucir les rigueurs de l'inégalité sociale. Ne lui est-il pas possible, tout d'abord, de rendre l'isolement de la femme en couche moins pénible ? Celle-ci a des enfants à surveiller ; son état exige, en dehors du traitement médical, des soins particuliers, des pansements spéciaux. Qui s'occupera de ses enfants ? Qui la soignera ? Doit-on l'abandonner à son sort si triste ?

Pas un de nous, mes chers confrères, qui n'ait vu cette femme pauvre, dès le lendemain de son accouchement, soutenant d'une main tremblante son ventre douloureux, et, de l'autre, faisant son ménage, habillant ses enfants. Elle est imprudente, et cette imprudence fait que, souvent, les enfants deviennent orphelins, ou que, si la mère ne meurt pas toujours, elle sera une de ces boiteuses du ventre, qui, à la misère, ajoutent la douleur de la chair souffrante

Et le mari qui, jusque là, courageux, travaillan dix, quatorze, seize heures par jour, apportait son salaire pour nourrir sa *famille*, trouve, *en rentrant* chez lui, sa femme souvent au lit, souffrante, n'en pouvant plus, malgré toute son abnégation maternelle, les enfants se traînant à l'abandon, le repas non préparé, inhospitalier. Bientôt, désolé, découragé, il apprend le chemin du cabaret où il noie ses chagrins.

Voilà comment, à la misère, à l'isolement, à la maladie, viennent s'ajouter l'abandon et la désorganisation du foyer domestique, qui, cependant, ne demandait qu'à prospérer, si la solidarité sociale eut été mieux comprise !

Il est vrai que, parfois, une femme charitable fait de son mieux pour garder les enfants de sa voisine en couche ; mais ce secours bienfaisant n'intervient pas toujours, et souvent il n'est pas assez éclairé pour pouvoir prodiguer en même temps les soins nécessaires à la mère alitée.

Je vous prends encore à témoins, mes chers confrères, pour constater que, souvent, l'intervention la plus précieuse de notre art, se trouve compromise, par une voisine très bonne, mais ignorante, et en brouille avec les principes de l'hygiène pasteurienne.

Mais où prendre alors cette fée bienfaisante qui, à l'amour de son prochain, puisse ajouter les qualités d'une garde-malade instruite et éclairée ?

Telle est, dans son heureuse simplicité, l'œuvre d'assistance locale organisée par le Dr Pecker, et mise à la disposition des médecins et des accouchées de la région Mauloise.

Elle méritait d'être étudiée ici, pour diverses raisons que nous allons indiquer brièvement.

Nous y trouvons d'abord la démonstration de ce fait, par tous signalé, qu'il existait de graves lacunes dans l'organisation de l'Assistance médicale d'après la formule de 1893. Il en ressort, non moins clairement, que le médecin sera toujours l'homme compétent à consulter dans nos campagnes, quand on rêvera de progrès réels en assistance et en hygiène publiques. La chose est tellement vraie que, si les leaders politiques et les chefs d'administration en sont encore aux théories sur la solidarité et la justice sociale, le corps médical prouve sans cesse, par des initiatives comme celle-ci, qu'il a résolument abordé la pratique.

Nous estimons aussi, avec M. le Dr Pecker, que les médecins qui ont l'oreille des sociétés telles que les Comités d'ambulancières, n'éprouveraient pas plus de peine que lui à multiplier les créations du genre de la sienne, et rendraient un service que l'on doit attendre de leur caractère et de leur mission sociale.

Mais si, de plus, nous poursuivons nos réflexions, dans cette voie de généralisation facile et possible, d'une œuvre locale déjà debout, il nous apparaît que, de ce modeste point de départ, on pourrait s'élever, par union des œuvres locales, jusqu'à une *Société nationale de protection des jeunes mères pauvres*, à l'exemple de ce qu'ont rêvé, pour Paris, les Strauss et autres philanthropes avisés. Appelez alors celle-ci *Association des Femmes Françaises*, étendez sa protection, par étapes successives, pendant l'allaitement, puis jusqu'à l'âge scolaire, et plus loin encore, si vos ressources le permettent un jour ; attirez sur elle, par tous moyens en usage, la faveur des grosses fortunes, les patronages officiels, si libéralement accordés parfois à des œuvres d'une portée moins générale et moins haute, et jugez de l'importance des résultats que vous seriez en droit d'attendre. L'assistance vraiment mise à la disposition des faibles, des chétifs, qui ne peuvent rien pour eux-mêmes, appliquée de façon méthodique, tenue d'accord avec l'hygiène, et sans grever de nouveau les budgets publics obérés ; une pierre d'angle apportée à notre édifice de protection de la natalité française, quand l'avenir de celle-ci ne permet plus guère de compter que sur la classe la moins fortunée ; un peu de sécurité, d'esprit de famille, de joie même, entretenus au foyer où le nouveau-né n'amenait que misère, inquiétude, murmures ou colères contre les inégalités sociales !

Et comment ces bienfaits auront-ils été suscités ? Tout simplement par l'utilisation rationnel, sur tous les points de notre territoire, des efforts divergents et des ressources gaspillées, que la charité privée tient à la disposition des organisateurs philanthropes.

— Quoi, dira-t-on, tant de belles choses dans l'idée de notre confrère de Maule!

— Certes oui, si les imitateurs veulent surgir, et grouper plus tard les caisses locales qu'ils auront créées.

Le *Concours*, en tout cas, se ferait scrupule de ne pas prêter son appui à ceux que tentera cette belle tâche, et c'est pourquoi nous publions *in extenso*, l'appel de M. le Dr Pecker aux médecins de France, en faveur d'une œuvre qui, à ses yeux, doit être avant tout, d'initiative médicale.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'urémie digestive.

L'urémie donne fréquemment naissance à des troubles morbides, en localisant son action toxique sur une partie quelconque de l'appareil digestif. Les variétés symptomatiques de cette

---

Frappez, mes chers confrères, à la porte de ces *Dames françaises* ou de ces *Dames de France*, qui, grâce aux efforts de nos aînés, comme l'honorable Dr Duchaussoy, peuplent maintenant tous les coins de ce noble et généreux pays, et elles répondront à votre appel, comme elles ont répondu au nôtre. Ce sont elles qui seront vos collaboratrices éclairées, c'est parmi les plus dévouées d'entre elles que vous trouverez les membres actifs de vos sociétés.

Qui, mieux qu'elles, déjà entièrement conquises aux nobles idées d'une Patrie forte et généreuse, pourra contribuer à l'accroissement des forces vives de la nation en protégeant sa natalité ? C'est là leur poste d'honneur en temps de paix, et c'est encore là qu'elles apprendront les qualités maîtresses indispensables à une garde-malade, qui se prépare à panser ses frères, sur le champ de bataille, ou dans les ambulances.

Est-ce que celle qui assiste à un accouchement, et seconde le praticien, n'a pas besoin de courage et de sang-froid ? Est-ce que celle qui fait une injection, ou un lavage antiseptique, à une femme en couches, peut se dispenser de connaître les règles de l'antisepsie ?

Non, et de même qu'en temps de guerre l'antisepsie doit être le crédo de celle à qui incombera l'honneur de soigner les blessés, de même celle qui prêtera son concours dévoué à une femme en couche, ne saura ignorer la science de l'immortel Pasteur, si elle ne veut pas être la cause d'une infection puerpérale, et par conséquent la cause de la mort de celle dont elle aura à sauvegarder l'existence.

Et voilà pourquoi nous pouvons dire que les grandes Sociétés, dont nous parlons nous accorderont leur puissant appui, afin de fonder l'Association des Femmes Françaises pour la protection de la natalité nationale.

La nouvelle œuvre sera leur complément indispensable, c'est-à-dire une vaste école, où les praticiens, se chargeant de l'instruction médicale et du développement des qualités civiques des dames ambulancières, prouveront ainsi, une fois de plus, que leur dévouement est à la hauteur de leur tâche, quand il s'agit de la grandeur et de la prospérité du pays.

N'est-il pas vrai, chers confrères qu'il y a là une belle utilisation à faire des sentiments de charité, de dévouement, de solidarité qui sont aux cœurs des femmes ?

C'est à nous, médecins, qu'il appartient d'en prendre la bienfaisante initiative, mettant ainsi, dès le début de l'existence du pauvre, à côté du mal qui se nomme la misère, le remède qui s'appelle la touchante solidarité.

A l'œuvre, je vous en prie, pour les mères dans le dénûment, pour la noble mission du corps médical, pour l'avenir de la patrie française !

Maule (Seine-et-Oise), 25 février 1898,

Dr Pecker.

forme de l'auto-intoxication rénale sont donc aussi nombreuses que dans les formes nerveuse, pulmonaire et cutanée.

Or, d'après M. le *Dr Barillon*, de *Railleau-le-Pin* (Eure-et-Loir), la pathogénie des accidents digestifs de l'urémie relève le plus souvent d'un double processus toxique et infectieux, le premier et le principal préparant le terrain pour l'évolution du second élément.

Le diagnostic des divers aspects cliniques de l'urémie digestive est d'une importance capitale, car ici, une thérapeutique rationnelle s'adressant à la lésion rénale fait disparaître le trouble morbide.

La thérapeutique de ces accidents urémiques doit viser un double but :

Combattre l'auto-intoxication, empêcher autant que possible les effets nuisibles des organismes pathogènes contenus normalement dans le tube digestif.

Traitement des hémorrhagies par les applications locales de sérum gélatinisé.

M. Siredey a communiqué récemment à la Société médicale des Hôpitaux 11 observations d'hémorrhagies assez graves, traitées par le procédé qu'a indiqué M. Paul Carnot, l'application locale de sérum gélatinisé.

Voici la technique de ce procédé, exposée dans la *France Médicale* :

On prépare d'abord un véhicule composé de chlorure de sodium 7 grammes. Eau distillée 1 litre. Puis on fait dissoudre de 5 à 10 p. 100 de gélatine ; on stérilise ensuite à l'autoclave sans dépasser 105°. On a un sérum gélatiné qu'on peut distribuer dans des flacons et qu'on peut conserver chez soi.

On peut ainsi faire préparer à l'avance plusieurs flacons, de contenance variée, et que l'on conserve assez longtemps s'ils sont hermétiquement bouchés. La préparation se solidifie à froid ; sa transparence, sa parfaite homogénéité témoignent de l'absence de colonies microbiennes. On devra rejeter les flacons suspects où l'on croirait reconnaître des cultures. Au moment de s'en servir, on liquéfie, par l'immersion dans un bain-marie chaud, la masse solidifiée.

P. Carnot recommande d'employer le sérum gélatiné en injections et en pansements locaux. Souvent, dans la pratique, un seul de ces moyens suffit pour arrêter l'écoulement de sang.

Lorsqu'il s'agit de métrorrhagies, après avoir, à l'aide d'une injection tiède, débarrassé le vagin des caillots qu'il contient, on se sert du spéculum pour placer, à l'entrée du col utérin, un petit tampon de gaze stérilisée bien imbibé de sérum gélatiné, et non exprimé, puis on peut appliquer dans le fond du vagin, sur le col et dans les culs-de-sac, un large tampon également imbibé de la solution de gélatine, et maintenu par quelques tampons secs, déposés à l'entrée du vagin.

Si l'on est en présence d'une hémorragie *post-partum*, et qu'on trouve la cavité utérine béante et d'accès facile, on peut y injecter du sérum gélatiné, ou tout au moins la badigeonner avec un tampon d'ouate imbibé de cette préparation, et y laisser une lanière de gaze stérilisée bien chargée de la solution de gélatine. Mais il n'est pas nécessaire de pratiquer un véritable tamponnement serré, comme on le fait dans les conditions ordinaires.

Lorsqu'il s'agit d'hémorragies à répétition, et que les pansements ne peuvent être pratiqués, au moment opportun, par une personne expérimentée, on doit conseiller aux malades de faire des injections vaginales de sérum gélatiné, en maintenant le siège fortement relevé sur un coussin, le tronc étant un peu incliné en bas, de manière à assurer la stagnation du liquide dans les culs-de-sac vaginaux, au contact de l'orifice cervical. Un bouchon d'ouate placé à l'orifice vulvaire contribue à retenir le liquide dans la cavité vaginale. Ce procédé convient tout particulièrement pour combattre les hémorragies qui surviennent au cours de la grossesse, alors qu'il y a un grand intérêt à éviter les pansements faits directement sur le col utérin.

Chez des jeunes filles vierges, chez des femmes atteintes de cancer, ou qui présentent une sensibilité anormale, on peut également recourir à des injections de sérum gélatiné pratiquées dans les mêmes conditions, ou introduire directement dans le vagin, sans se servir du spéculum, une longue mèche de gaze stérilisée bien imbibée de la solution hémostatique.

Le lavement gélatiné se prend comme un lavement ordinaire ; on peut y ajouter quelques gouttes de laudanum pour le faire garder. Chez certaines personnes la présence du sel provoque des évacuations ; on peut recourir, dans ce cas, à une solution aqueuse simple de gélatine.

Pour combattre les épistaxis, on commence par une injection d'eau bouillie tiède pour nettoyer les fosses nasales, puis on injecte du sérum gélatiné et on applique, à l'orifice antérieur, un tampon d'ouate ou de gaze stérilisée que l'on imbibe. On échoue quelquefois parce que l'on emploie des solutions trop chaudes, dont l'effet coagulant est plus faible.

Comme on le voit, ce procédé d'hémostase est vraiment à la portée de tous les praticiens. Il se recommande à la fois par sa simplicité, par son innocuité absolue et par son incontestable efficacité dans la plupart des hémorragies.

La tyrosine contre le venin de vipère.

M. C. Phisalix a déjà montré, récemment, que la cholestérine extraite de la bile et des calculs biliaires constituait un excellent immunisant contre le venin de la vipère. La cholestérine extraite de la carotte, lui a donné les mêmes résultats que la cholestérine animale. Or il vient maintenant de communiquer à l'Académie des Sciences une série de nouvelles recherches qu'il a exécutées avec la *tyrosine* pure extraite des tubercules *de Dahlia*, ainsi que d'un champignon, la *Russule noircissante*. Cette substance blanche, entièrement formée de cristaux de tyrosine, est très peu soluble dans l'eau, mais elle s'y divise en particules si ténues, qu'elle reste en suspension dans le liquide auquel elle donne un aspect laiteux. Un tel mélange, dans la proportion de 1 p. 100, peut être inoculé facilement et sans danger, sous la peau d'un cobaye, à la dose de 2 à 3 centimètres cubes. Il se produit un léger gonflement au point d'inoculation, mais il ne survient aucun accident général. L'injection intrapéritonéale est moins inoffensive : elle détermine un abaissement de température de quelques degrés ; mais ce malaise est de courte durée et l'animal revient à l'état normal.

Les animaux qui ont reçu cette émulsion de tyrosine peuvent être éprouvés au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, avec une dose de venin, mortelle en cinq ou six heures, pour les témoins : ils n'éprouvent pas de symptômes généraux d'envenimation, leur température ne s'abaisse pas ; toutefois, quelques accidents locaux peuvent se manifester.

Il suffit de 5 milligrammes de tyrosine pour vacciner un cobaye, mais on comprend que l'immunité est plus ou moins forte et durable suivant la dose. En général, avec 10 à 20 milligrammes, l'immunité est déjà très prononcée au bout de vingt-quatre heures ; elle peut durer encore après vingt-cinq jours ; quelquefois, cependant, elle a disparu vers le quinzième jour.

Injectée en même temps que le venin, mais dans un point différent du corps, la tyrosine peut retarder la mort de plusieurs heures, mais elle n'est pas capable de l'empêcher : elle n'est donc pas antitoxique. Elle n'est pas non plus un antidote chimique ; mélangée au venin, elle ne le détruit pas et le mélange est aussi toxique que le venin seul.

M. Phisalix a fait, en outre, d'autres expériences qui semblent prouver que la tyrosine animale, dans la préparation de laquelle toutes les substances albuminoïdes sont détruites, possède aussi les mêmes propriétés antivenimeuses que la tyrosine végétale. Ajoutons, dans le même ordre d'idées, que la tyrosine chauffée à 120 degrés, pendant vingt minutes, ne perd pas ses propriétés immunisantes.

De tous ces faits, il ressort clairement que « la tyrosine peut être considérée comme un nouveau vaccin chimique du venin de vipère ».

En ce qui concerne la tyrosine des tubercules de Dahlia, il était naturel de penser que le suc des tubercules où elle est en dissolution devait aussi se comporter comme un vaccin.

C'est, en effet, ce qui a lieu. Il suffit de 1 à 2 centimètres cubes de ce suc fraîchement exprimé, pour vacciner un cobaye contre une dose mortelle de venin.

Le suc de dahlia contient, sans doute d'autres substances immunisantes contre le venin de vipère, car s'il agissait seulement par la tyrosine, il faudrait 10 centimètres cubes environ de ce suc, puisque la tyrosine s'y trouve dissoute dans la proportion de 50 centigrammes par litre, et qu'il en faut 5 milligrammes pour produire l'état vaccinal.

Procédé de détermination de la position précise des corps étrangers par la radiographie.

M. H. *Morize* a exposé, récemment, à l'Académie des sciences, une méthode sûre et précise pour déterminer exactement la situation interne des corps étrangers dévoilés par la radiographie.

Le procédé consiste à définir la position du corps étranger par deux droites qui s'y coupent et dont les extrémités sont des points situés à la surface du corps du patient.

Le patient étant placé entre le tube et l'écran, on cherche une position telle que la balle, par exemple, se voie facilement. On prend alors un petit disque de plomb rendu adhésif par de la cire ou du diachylum, qu'on place sur la surface du corps qui est tournée vers le tube, et l'on déplace ce disque jusqu'à ce que son image se superpose à celle de la balle ; on répète ensuite l'opération avec un autre disque placé du côté de l'écran. Quand les deux disques et le projectile sur l'écran se projettent en ne formant qu'une seule image, tous les trois se trouvent sur la même droite.

On tourne alors le sujet d'un certain angle arbitraire et l'on détermine de la même façon une autre droite, dont l'intersection avec la première fixe la position du projectile. Les extrémités des deux droites sont déterminées sur la surface du corps par les disques de plomb, qu'on enlève ensuite et dont la place est marquée par un procédé quelconque, par le crayon dermographique par exemple.

Les deux droites déterminent un plan qui contient le projectile et les quatre marques extérieures qu'on désignera par *a*, *b*, *c*, *d*. Ces marques forment un quadrilatère dont on peut mesurer les quatre côtés et les deux diagonales, au moyen d'un compas d'épaisseur ou d'un craniomètre. En le dessinant à l'échelle, l'intersection des deux diagonales donne la place de la balle rapportée aux quatre sommets ; la distance qui l'en sépare étant directement mesurée sur l'épure avec une échelle millimétrique. Comme cinq longueurs suffisent pour la construction et qu'on en a six, la dernière sert de vérification. La position de la balle est définie en disant qu'elle se trouve à *n* centimètres comptés à partir de *a* sur la droite *ac*, par exemple.

L'épure est faite en quelques minutes ; des essais répétés, faits sur des crânes contenant des balles placées à l'insu de l'opérateur, ont montré qu'en moins de dix minutes, le projectile était retrouvé avec une précision de 1mm ou 2mm.

La position de deux des quatre marques étant arbitraire, on doit les disposer de façon que les deux droites se coupent suivant un angle suffisamment grand pour que leur intersection soit bien définie.

Il est évident que le procédé est applicable à une partie quelconque du corps et à toute substance opaque aux rayons X, la seule difficulté provenant de la plus ou moins bonne visibilité sur l'écran.

Les injections intra-musculaires profondes de calomel dans la tuberculose cutanée.

D'après M. le Dr M. *Pavie*, de Villemonble, le calomel en injections intra-musculaires profondes, agit sur certaines lésions, et, principalement sur quelques ulcérations, d'une façon très active, en amenant la guérison de ces ulcérations.

Cette action curative est surtout manifeste sur des ulcérations tuberculeuses, et, en particulier, sur certaines formes de lupus.

Il s'ensuit que l'injection de calomel ne doit plus être considérée comme le réactif de la syphilis, c'est-à-dire qu'on ne peut dire : toute ulcération guérie par le mercure est une ulcération syphilitique.

On ne peut dire davantage, malgré le nombre d'améliorations et de guérisons d'ulcérations tuberculeuses, obtenues par les injections de calomel, qu'il s'agit d'une action véritablement curative, et d'autre part, la méthode n'a pas subi l'épreuve du temps.

Jusqu'à ce qu'on puisse affirmer l'action cura-

tive des injections de calomel sur le lupus, cette méthode thérapeutique ne doit être qu'une méthode d'exception, à cause des inconvénients et des dangers qu'elle présente, inconvénients et dangers non compensés par ses avantages.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement et opérations applicables aux hémorrhoïdes.

Comme le dit fort judicieusement M. le Dr Lucas-Championnière, dans une récente clinique sur le traitement des hémorrhoïdes, il faut être logique dans les applications de l'antisepsie et ne pas s'acharner à vouloir traiter, soi-disant antiseptiquement, des régions du corps, où cela est absolument impossible, comme l'anus et le rectum. La propreté est toujours indispensable, même pour ces régions continuellement souillées, mais l'antisepsie, les substances chimiques antiseptiques ne peuvent avoir aucune action microbicide sérieuse et, au contraire, peuvent produire des irritations, des lésions surajoutées, qui n'étaient vraiment pas nécessaires. Ainsi le sublimé, cet excellent antiseptique, est non seulement impuissant, mais encore irritant, provocateur d'eczémas très douloureux et de brûlures.

L'eau phéniquée, dont l'action reste bien plus constante, qui rend de réels services dans des milieux putrides, ne doit elle-même être utilisée qu'avec une réelle discrétion. On ne devra y recourir que sur des surfaces hémorrhoïdaires très infectées, avec du sphacèle superficiel, lorsque les sécrétions sont devenues d'une extrême fétidité.

Encore, dans ces cas, faut-il que la solution à employer soit *concentrée*, solution au vingtième, *mais de contact très passager*. En règle générale, on ne devra pas *laisser de topique phéniqué* en contact permanent avec les masses hémorrhoïdaires et les parties avoisinantes.

I.
Traitement médical.

« Lorsque les hémorrhoïdes sont enflammées, il y a lieu, sans nul doute, de proscrire les cataplasmes de farine de lin, qui constituent des milieux d'une extrême putridité. Mais, il y a des topiques émollients, dont on ne doit pas oublier l'emploi.

« Les cataplasmes de fécule sont au premier rang de ces topiques. Sur des hémorrhoïdes enflammées, avec les douleurs si cruelles qui les caractérisent, M. Championnière ne connaît aucun topique qui soit préférable. La douleur cède presqu'immédiatement. Le sentiment de tension qui obsède les pauvres malades disparaît en peu d'heures. M. Championnière a vu nombre de fois le sommeil revenir tôt après l'application du cataplasme de fécule. On est même singulièrement surpris par la prompte diminution du volume des tumeurs.

« Dans tous les cas, où les hémorrhoïdes sont manifestement enflammées, l'application du cataplasme de fécule devra précéder toute autre application topique.

« Il est parfaitement inutile d'arroser le cataplasme de substances antiseptiques, qui là ne seraient que théoriques. Il doit être mis à même sur les surfaces irritées. On le placera tiède de préférence.

« On le renouvellera deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ou plus souvent, si les sécrétions étaient abondantes et fétides.

« Ce cataplasme restera le meilleur topique tant que l'inflammation des hémorrhoïdes sera marquée.

« Dans cette période, le malade est quelquefois très soulagé par un grand bain. Il faut cependant s'en défier, parce que ce soulagement passager est souvent suivi d'une recrudescence de la poussée douloureuse. Cela est encore plus vrai des bains de siège que l'on prescrit très communément et qui sont habituellement plus nuisibles qu'utiles.

« Lorsque l'inflammation est tombée, les topiques à appliquer seront de préférence des topiques doux et propres, plutôt que des topiques d'une valeur antiseptique sérieuse. »

Les poudres antiseptiques telles que l'iodoforme, le salol, l'iodol ne peuvent qu'exciter l'inflammation des hémorrhoïdes et perpétuer l'irritation de la peau de la périphérie anale. L'acide borique, le dermatol, l'oxyde de zinc sont, au contraire, parfaitement indiqués, non pas à cause de leurs qualités antiseptiques, qui ne peuvent guère se manifester dans un milieu aussi putréfiable, mais à cause de leurs qualités de topiques anodins.

On enduira largement les hémorrhoïdes et les parties périphériques de l'anus avec les pommades suivantes, au choix :

Acide borique pulvérisé.....	20 gr.
Vaseline pure..............	100 gr.
ou bien :	
Oxyde de zinc..............	20 gr.
Baume du Pérou............	1 gr.
Vaseline..................	100 gr.
ou encore :	
Dermatol..................	20 gr.
Baume du Pérou............	1 gr.
Vaseline..................	100 gr.

La vaseline est parfois impure ou irritante pour certaines peaux sensibles : on pourra, en ce cas, avoir recours à l'axonge benzoïnée, aux mêmes doses que la vaseline.

« Lorsque la période inflammatoire est passée, on renoncera à ces topiques doux, pour faire appel aux topiques astringents, qui sont depuis longtemps le fond de la médication régulière et de la médication empirique des hémorrhoïdes.

« On est bien obligé de les varier un peu, suivant les cas et suivant les incidents qui se sont produits et ont fatigué les malades plus ou moins. La nécessité de changer se montre très souvent.

« Parmi les topiques classiques les plus utilisés, on aurait tort d'oublier l'onguent populeum qui mérite certainement sa réputation. Ce qui a pu nuire à cette réputation, c'est le fait qu'il a été utilisé dans les circonstances, où il était parfaitement contre-indiqué, soit toutes les fois qu'il existe un certain degré d'inflammation des hémorrhoïdes elles-mêmes ou de la périphérie de l'anus. Dans ces cas, en effet, l'onguent populeum devient irritant et fait plus de mal que de bien.

« L'onguent populeum doit être employé en

applications très répétées, être appliqué avec discrétion, mais surtout, sur des hémorrhoïdes fluentes, gênantes, mais peu douloureuses. Dans ces cas, s'il ne les atrophie pas complètement, au moins les rend-il moins irritables, les affaisse-t-il un peu et souvent les rend très supportables.

« Un autre topique très vulgaire rend de véritables services : c'est la décoction un peu concentrée de feuilles de noyer. C'est un topique dont on ne saurait trop encourager l'usage à bien des points de vue. Il a certainement une valeur antiseptique qui n'est pas négligeable. En outre, c'est un excellent astringent. Pour les lavages de la région anale, il sera fort utile.

« M. Championnière l'a fait employer très souvent en petits lavements chez des hémorrhoïdaires, avec de très bons résultats. Des malades ont pris de ces petits lavements pendant des mois et définitivement s'en sont bien trouvés. »

La médication interne est généralement infidèle et aléatoire, tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif.

Tout d'abord, le régime alimentaire doit être le plus possible végétal ; l'excès de viande est un grand facteur étiologique : les épices abondantes sont aussi très préjudiciables à ce point de vue ; il faut donc les éviter ; il en est de même des vins généreux, pris sans eau.

Le régime de l'exercice est non moins important que le régime alimentaire ; les marches modérées, mais fréquentes, la gymnastique, l'escrime, l'hydrothérapie froide sont d'une très grande efficacité pour combattre la prédisposition hémorrhoïdaire des personnes arthritiques. Enfin, la lutte contre la constipation, et en même temps l'abstention de laxatifs et de purgatifs à l'aloës, à la rhubarbe, à la gomme gutte, au jalap, à la coloquinte, sont de rigueur pour combattre la tendance aux hémorrhoïdes et à plus forte raison pour les guérir.

Les médicaments antihémorrhoïdaires sont : 1° l'hamamelis virginica qui s'emploie sous forme de teinture ou d'extrait, la teinture à la dose de 2 à 6 grammes en 24 heures, l'extrait à la dose de 0.05 à 0.20 centigrammes en 24 heures ; 2° le marron d'Inde, en teinture à la dose de XV à XXX gouttes par jour ; 3° tous les astringents ; tannin, ratanhia, cachou (en pilules) ; 4° l'iodure de potassium à petites doses.

II

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Quand les hémorrhoïdes sont trop volumineuses et gênantes par leur procidence, quand elles sont trop douloureuses, malgré le traitement médical, quand enfin, elles occasionnent de trop abondantes et trop fréquentes hémorrhagies qui anémient affreusement le malade, force est bien de lutter plus énergiquement et plus radicalement que par les moyens médicaux.

Plusieurs méthodes sont alors à la disposition du chirurgien. Verneuil, après Lisfranc, préconisait surtout *la dilatation forcée* pour la cure des hémorrhoïdes. Cette méthode est encore employée aujourd'hui dans les cas où les hémorrhoïdes sont petites et accompagnées d'une contracture du sphincter douloureuse et brûlante comme la fissure anale. Cette dilatation s'opère sous le chloroforme, soit avec les deux pouces que l'on écarte aussi violemment que possible une fois qu'on les a introduits dans l'anus, soit avec le spéculum bivalve de Lisfranc, appliqué dans l'anus, puis brusquement écarté et retiré de force. « Après cette dilatation, les malades se trouvent quelquefois si bien soulagés qu'ils oublient leurs hémorrhoïdes, conservant encore un volume assez respectable. » D'ailleurs, cette dilatation peut constituer un excellent premier temps pour l'ablation.

Les opérations qui ont pour but l'ablation des hémorrhoïdes sont : la cautérisation et l'extirpation au thermo-cautère, la galvano-cautérisation, l'électropuncture, la volatilisation par le procédé de Richet. On n'emploie plus ni le serre-nœud, ni l'écraseur.

« A l'époque où la cautérisation ignée paraissait le seul moyen d'enlever les veines hémorrhoïdaires sans trop de risques d'infection purulente, on avait reproché à cette méthode d'amener un rétrécissement secondaire de l'intestin et, par conséquent, de préparer pour l'avenir une incommodité pire que le mal primitif.

« Le rétrécissement secondaire, du reste, n'était pas propre à la cautérisation ; on l'observait après l'emploi du serre-nœud et de l'écraseur.

« Cela tenait à ce que les opérateurs employaient de détestables procédés. Pour aller vite et pour faire des opérations très radicales, on enlevait toute la périphérie de l'intestin d'un seul coup ou en la divisant en groupes.

« Quand il s'agissait du fer rouge, à cause du rayonnement du cautère, on brûlait plus qu'on ne voulait. Il arrivait, en particulier, que le cautère détruisait largement le tissu cellulaire périphérique à l'intestin. La fusion de la graisse propageait la brûlure dans une région, qui n'aurait pas dû être atteinte.

« Aucun de ces inconvénients ne saurait être observé quand l'emploi du thermo-cautère est fait d'une façon judicieuse. Le grand principe qu'il faut appliquer constamment est le suivant : La section à faire ne doit jamais porter sur toute la périphérie de l'anus. Elle doit toujours empiéter sur la muqueuse plutôt que sur la région du sphincter.

« La préparation du malade est fort simple. Il est impossible de songer à éloigner de la région les microbes de tous ordres qui y foisonnent. Il s'agit donc simplement, d'abord, de vider l'intestin. Le malade sera purgé la veille de l'opération. M. Championnière a même plusieurs fois purgé deux jours de suite des sujets qui, grâce à leurs hémorrhoïdes, vidaient très mal leur intestin.

« Au moment de l'opération, la région est nettoyée à l'eau tiède, puis mouillée d'un peu d'eau phéniquée forte au 20e, puis elle est bien asséchée avec un tampon de ouate propre.

« Si les hémorrhoïdes font bien saillie au dehors, le mieux est de les saisir avec une pince à griffes et de circonscrire avec un fil les paquets que l'on peut former.

« On aura de la sorte une petite masse solide, autour de laquelle le couteau du thermo-cautère pourra évoluer sans difficulté.

« Si les hémorrhoïdes restent au-dessus du sphincter, il y a un petit procédé que M. Championnière emploie pour les faire apparaître et qu'il applique du reste même aux cas dans lesquels les hémorrhoïdes sont bien saillantes, parce qu'il limite parfaitement le champ opératoire et met bien à l'abri des surprises que pour-

raient causer les parties qui remonteraient vers l'intérieur du rectum, après leur section.

« Il fait monter une éponge sur une pince et l'introduit dans l'intérieur du rectum. Puis il l'attire en bas. Elle refoule en bas la muqueuse de l'intestin. Elle empêche l'écoulement des liquides du rectum. Elle fournit un plan solide pour l'opération. Enfin, dans le cas d'écoulement de sang, elle oblige l'hémorrhagie à se produire au dehors, ce qui est fort rassurant et simplifie la recherche du point qui saigne.

« Elle abaisse les parties, comme le parapluie de Chassaignac, mais sans aucun des inconvénients de ce détestable instrument.

« Lorsque l'hémorrhoïde a été saisie avec la pince et fixée avec un fil, on prend la pince et le fil de la main gauche pour attaquer la base de l'hémorrhoïde avec un couteau de thermo-cautère modérément chauffé. Il faut bien montrer à l'aide que ce chauffage doit être continu, mais point brutal. En fait, la chose peut être obtenue assez facilement.

« Si on veut opérer tout à fait sans avoir de sang, il faut opérer très lentement. C'est la meilleure manière de procéder. On aura alors une plaie sèche, modérément étendue, très facile à panser.

« Si on a été trop vite, ou si on a la mauvaise fortune de rencontrer un sujet qui saigne trop facilement, on cherche d'abord à cautériser le point qui saigne. On tire alors légèrement sur l'éponge qui vous rend grand service.

« Si, du reste, on ne trouve pas très facilement le moyen d'oblitérer le point saignant avec le thermo-cautère, il ne faut pas s'acharner à cette cautérisation et s'exposer ainsi à aller plus loin qu'il ne faudrait en profondeur ou en surface, à augmenter les dimensions de la brûlure et, par conséquent le temps de la réparation.

« On placera une ou deux pinces hémostatiques qui pourront rester dans le pansement, pendant vingt-quatre heures au plus. La pince a le double avantage d'arrêter le sang et d'empêcher le point saignant de remonter trop loin.

« Si M. Championnière ne met pas, en règle habituelle, une série de pinces sur la région, c'est que l'application de pinces volumineuses et multiples est un supplice assez pénible et qu'il juge tout à fait inutile de l'infliger au sujet. Il n'a d'autre but que d'épargner le temps du chirurgien.

« En outre, la réparation est moins facile pour la plaie très mâchée laissée par les pinces, que pour une plaie bien nettement faite avec le thermo-cautère.

« On opère successivement chacun des petits paquets délimités à l'avance par les pinces et le fil.

« Il faut toujours qu'entre les petits paquets que l'on a formés, il reste un espace suffisant. Si, dans ces espaces, un bourrelet hémorrhoïdaire faisait trop de saillie, on pourrait avec avantage le traverser avec l'extrémité du couteau thermique, le ponctionner, ce qui suffit à oblitérer un groupe peu volumineux de veines. »

S'il existe des hémorrhoïdes externes, en crête de coq, il ne faut pas manquer de les raser avec le thermo-cautère.

« Lorsque l'opération est terminée, on retire l'éponge et on met dans le rectum une bonne valve de Sims ou toute autre du même genre. Cette inspection avec la valve permet, si quelque gros bouquet hémorrhoïdaire a échappé, de compléter l'opération par son ablation. Elle permet surtout, si quelque vaisseau a filé en haut et a quelque tendance à saigner, d'arrêter l'hémorragie et de prévenir de ce côté toute complication ennuyeuse.

« M. Championnière fait toujours le même pansement de la façon la plus simple. Sans retirer la valve, il introduit dans le rectum, un peu au-dessus de l'anus. quelques fragments de gaze iodoformée. On doit en mettre assez pour garnir la périphérie de l'anus; il ne faut pas en bourrer l'anus jusqu'à comprimer ses parois. Dans ce cas de tamponnement, on détermine des épreintes toujours très pénibles.

« Sur le périnée s'applique un ou deux des sachets absorbants qui font partie de tous les pansements, un peu de ouate de tourbe et un triangle pour retenir le tout.

« Il est inutile de tourmenter les sujets en les constipant. Comme ils ont été purgés la veille et l'avant-veille, ils ont rarement de la tendance à aller immédiatement à la selle et on a d'ordinaire vingt-quatre heures de calme, qui suffisent très bien à faire tomber la douleur.

« Ces vingt-quatre heures passées, il y a n'aucun inconvénient à donner un léger laxatif qui empêchera le sujet d'avoir des matières dures, et les selles se font bien. Il y a, du reste, avantage à attendre pour cette selle au troisième jour si le patient n'a pas d'épreintes. Mais, s'il en a, il vaut mieux ramollir les selles par un léger purgatif que de les faire attendre et de les durcir par l'opium.

« Quand le malade aura été à la selle, on le lavera avec un liquide un peu astringent, de préférence avec un peu d'eau phéniquée faible (au 40e).

« La décoction de feuilles de noyer ou la décoction d'écorce de chêne serait encore préférable.

« Peu importe le liquide, du reste, à la condition qu'on évite le bichlorure de mercure, qui là est à la fois inutile et irritant, et la solution d'acide borique qui, dans une semblable région, n'a aucune *propriété différente de l'eau pure*.

« Après la selle, on pourra glisser dans l'anus quelques fragments de gaze iodoformée, peu volumineux, pour remplacer ceux que les matières ont entraînées. Ce pansement pourra être fait, de même, pendant les trois ou quatre premiers jours de la première semaine. Mais il est bien inutile de le continuer longuement. L'iodoforme est toujours un peu irritant pour une réparation superficielle. Il vaut mieux, après le lavage astringent, employer un topique plus doux. On peut dans ce but employer un des topiques indiqués précédemment : vaseline boriquée, pommades à l'oxyde de zinc, au dermatol, huile gaïacolée au 1/20, etc. »

Au cas où l'opéré aurait une poussée inflammatoire douloureuse, il y aurait lieu de lui appliquer le traitement par les cataplasmes de fécule et la pommade au baume du Pérou.

Le malade peut généralement se lever au bout de huit jours, même s'il a subi l'ablation de paquets hémorrhoïdaires un peu importants.

La marche est possible au bout de 15 jours. Six semaines sont nécessaires pour que les plaies se réparent complètement, à condition que les hémorrhoïdes ne soient pas trop volumineuses,

ni trop fréquemment enflammées antérieurement à l'opération.

Ce procédé d'ablation ne laisse après lui aucun rétrécissement anal ; en effet, l'opération a été faite de façon à ne pas englober une région circulaire trop complète. De plus, le thermo-cautère étant sans rayonnement sensible, la brûlure ne dépasse jamais le point que l'on a voulu toucher.

Après l'opération et la cicatrisation, il faut conseiller aux malades des soins de propreté anale minutieux, sans quoi l'anus et sa périphérie sont souvent le siège d'irritations inflammatoires, qui font perdre une partie du bénéfice de la disparition des hémorrhoïdes.

« L'usage habituel des astringents, le lavage de la région et les petits lavements avec la décoction de feuilles de noyer, rendront de réels services.

« Les purgatifs répétés ne devront pas être négligés en *proscrivant*, nécessairement, tous les *drastiques*.

« L'exercice et surtout l'exercice après le repas sera régulièrement pratiqué.

« Il ne faut pas oublier que ces sujets restent variqueux et comme tels, soumis à divers inconvénients ; on leur a enlevé seulement les parties exubérantes et celles qui causaient des accidents.

« On pourrait craindre que, les écoulements séreux étant supprimés, il ne survienne une répercussion ; habituellement il n'en est rien.

« La supression des hémorragies habituelles pourrait avoir plus d'inconvénients. Il est facile d'y parer et, en cas de constatation d'état congestif, il ne faut pas craindre de faire perdre du sang. Mais il est parfaitement inutile de le faire perdre à la région de l'anus ; M. Championnière a même vu quelques inconvénients à la pratique de l'application de sangsues à l'anus, qui a été souvent recommandée. Les sangsues aux cuisses ou partout ailleurs, rendront les mêmes services. »

La méthode opératoire préconisée et exécutée avec succès par M. Championnière, est à la portée de tous les praticiens, car elle ne présente pas de difficultés sérieuses. Elle peut être accomplie par tout le monde. Bien entendu, les opérations seront d'autant plus parfaites que l'opérateur les aura souvent répétées. Mais, en dehors de cette perfection, elles peuvent être pratiquées très suffisamment.

« Il n'en est pas de même de quelques opérations qui sont faites avec des prétentions antiseptiques vraiment fort difficiles à réaliser lorsque les tumeurs ont quelque volume et quelqu'importance. »

La dissection et l'excision au bistouri ne sont applicables qu'aux petites hémorrhoïdes, mais elles ne valent pas l'extirpation au thermo-cautère. L'électrolyse au moyen d'un faible courant, d'une aiguille communiquant avec le pôle négatif et d'une électrode positive introduite dans l'anus, ne peut convenir qu'aux petites tumeurs hémorrhoïdaires. Enfin, la volatilisation de Richet pratiquée au moyen de grosses pinces rougies au sombre est applicable seulement aux hémorrhoïdes procidentes pédiculées, à base étroite et facilement saisissables : elle est d'ailleurs, même dans ce cas, bien inférieure au procédé de M. Championnière.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Circulaire Ministérielle relative aux mutualistes victimes d'accidents

Paris, 15 décembre 1897.

Monsieur le Préfet,

Mon attention a été appelée sur une question assez délicate, qui se pose fréquemment dans les Sociétés de secours mutuels, et sur laquelle, à différentes reprises, mon Administration a eu à donner son avis. Un sociétaire blessé dans l'exercice de son travail, et qui touche une indemnité de la personne qui l'occupe, ou de l'auteur responsable de l'accident, peut-il prétendre, en outre, aux soins gratuits du médecin, à la gratuité des médicaments et à l'indemnité de chômage, pendant la maladie causée par cet accident ?

L'article 6 du décret du 26 mars 1852 dit bien que les Sociétés de secours mutuels ont pour but d'assurer des secours temporaires aux sociétaires malades ou blessés, et elles ne se dérobent pas à cette obligation ; mais si le tribunal ou une autre transaction, accorde une indemnité à la victime, il me paraît équitable que la Société soit remboursée en tout ou partie des frais quelle lui a avancés.

La jurisprudence administrative estime, en effet, que la Société de secours mutuels ne doit pas subir les conséquences de la faute des tiers envers ses sociétaires ; elle s'est toujours orientée dans ce sens. Plusieurs dépêches de mes prédécesseurs ont émis le principe qu'en pareil cas les Sociétés peuvent invoquer l'article 1882 du Code civil, contre qui de droit. Il semble extraordinaire que le mutualiste déjà indemnisé d'une blessure, reçoive une seconde fois les frais de maladies et les secours pour l'incapacité de travail, dont il n'a supporté qu'une seule fois le préjudice.

Cependant, cette jurisprudence n'est pas admise par les tribunaux ; des jugements et arrêts lui sont contraires, et la Cour de cassation les a sanctionnés. D'après la jurisprudence judiciaire, le sociétaire qui a rempli envers la Société l'obligation par lui prise de verser ses cotisations, a un droit absolu aux indemnités allouées par les Statuts, dont les termes font un contrat synallagmatique entre les parties, quels que soient d'ailleurs les cas qui se présentent, maladies ou blessures, et quand bien même le fait dommageable est imputé à autrui.

Il en résulte que le sociétaire auquel un accident est arrivé, est fondé à réclamer à la Société dont il fait partie, l'indemnité fixée par les Statuts, bien qu'il ait obtenu des dommages-intérêts contre la personne responsable de l'accident. Cette solution est très préjudiciable aux intérêts des Sociétés de secours mutuels, et mon Administration a dû rechercher s'il n'y avait pas possibilité de remédier à cet état de choses.

En matière d'assurance, la victime d'un accident ne peut à la fois réclamer, à la Compagnie assureur, le montant de son contrat, et faire valoir, contre l'auteur responsable, la réparation du préjudice qui lui est causé. Le cumul des deux indemnités n'a pas lieu, et cela tient à ce que la Compagnie stipule qu'elle sera subrogée

aux droits de la victime contre l'auteur de l'accident.

Pour les Sociétés de secours mutuels, une solution analogue peut aussi dépendre de la rédaction des Statuts sociaux. Il suffit d'ajouter aux dispositions qu'ils contiennent, une clause prescrivant que tout sociétaire blessé au service d'autrui est tenu, s'il est indemnisé, de payer à la Société les frais qu'il aura coûtés, ou que le remboursement de ces frais est à la charge de l'auteur, lorsqu'il est responsable. Il n'y aura plus alors d'équivoque, et les tribunaux judiciaires, s'en tenant à la lettre statutaire, admettront le recours, en répétition, des Sociétés.

Il est nécessaire que les Sociétés de secours mutuels, surtout celles qui, en raison de leur composition, peuvent avoir plus que les autres à redouter des litiges de ce genre, se pénètrent qu'il est de leur intérêt d'insérer dans les articles de leurs Statuts la clause que je signale et qui, pour l'avenir, sera la sauvegarde de leurs droits.

Veuillez, je vous prie, Monsieur le Préfet, porter ces observations à la connaissance des Présidents de ces Sociétés qui fonctionnent dans votre département.

Le Ministre de l'Intérieur :
Louis BARTHOU.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vienne

14 *février* 1897.

Présents : MM. Chédevergne, Lusseau, Roland, Brossard, Descubes, Périvier de Civray, Granger, Barancy, David, Jablonski, Lagrange, Moreau, Berland, de la Garde, Chretien, Guit et Buffet-Delmas.

Excusés : MM. Dorvau, Arthur de Litardière, Desminières, Constantin, Guillon, Comte et Malapert.

Ordre des médecins.

Le Président donne connaissance à l'assemblée du projet de loi proposé dans le numéro du 5 février de l'*Union des Syndicats*, pour l'établissement de l'ordre des médecins.

Plusieurs membres présents trouvent, à premier examen, que ce projet ne donne pas des pouvoirs suffisants pour agir contre les confrères indignes, et qu'il fait double emploi avec le règlement actuel du Syndicat.

On décide alors que la question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance et l'on nomme une Commission, qui est chargée de présenter à cette séance un rapport et un contre projet, si elle le croit nécessaire.

Cette Commission est composés des docteurs Chédevergne, Brossard, Jablonski, Lagrange, Guiet et Roland.

Assistance médicale.

Le docteur Barancy demande que la Commission de vérification de l'Assistance médicale gratuite ne fasse convoquer devant elle les confrères que lorsque les renseignements dont elle a besoin ne peuvent pas être fournis par lettre.

Le Syndicat faisant droit à cette réclamation décide que l'on demandera à la préfecture d'indiquer dorénavant sur la lettre de convocation, les motifs qui nécessitent la comparution du confrère devant la Commission de vérification.

Le docteur Barancy demande aussi que le vote pour la nomination des membres de la Commission de vérification de l'Assistance médicale gratuite soit fait en séance du Syndicat, et qu'après le dépouillement de ce vote, on envoie à la Préfecture les noms des huit médecins ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

Le Syndicat ne s'oppose pas à ce que l'article 16 du règlement soit modifié dans ce sens, et charge son bureau d'agir auprès du Préfet de la Vienne pour obtenir ce changement.

Le Secrétaire,
Dr BROSSARD.

Syndicat médical de la Vienne

21 *juillet* 1897.

Présents : MM. Pouliot, *Président*, Buffet-Delmas, Brossard, Pouliot, Chédevergne, Malapert, Lusseau, Périvier de Civray, Roland, Pineau, Dorvau, Raguit, Guiet, Lagrange, Maillard, Berland et Violet.

Excusés : MM. Chrétien, Litardière de Lussac, Granger, Descubes, Desbordes, Boutin et Barancy.

Assistance médicale gratuite.

Le docteur Buffet-Delmas, à l'occasion du règlement des questions financières, demande à quelle époque l'administration préfectorale compte payer les honoraires dus aux médecins pour le service de l'Assistance médicale gratuite pendant l'année 1896.

Le docteur Brossard lui répond que le retard doit être imputé, pour cette année, à la mauvaise volonté des municipalités, qui n'ont pas voté à temps les ressources de ce service. Poitiers même est dans ce cas, bien que toutes les pièces aient été fournies à temps par les médecins et la préfecture. C'est une incurie impardonnable de la part des communes pouvant payer facilement. Quant à celles ayant de la peine à couvrir la dépense de ce service, qui leur est imposé par la loi, l'Etat leur avancera dorénavant l'argent nécessaire pour remplir leurs engagements envers le Corps médical.

Le docteur Roland, membre de la Commission de vérification du service de l'Assistance médicale gratuite, fait remarquer que plusieurs mémoires d'honoraires de médecins ont été égarés dans les mairies, et il demande que, dorénavant, les maires donnent un récépissé des mémoires qu'ils reçoivent. Cette demande est adoptée à l'unanimité des membres présents.

Société des Cantonniers.

Le docteur Pouliot rend compte ensuite de l'état des négociations avec la Société des Cantonniers. Il a eu un entretien avec M. Bazille, président de cette Société, à la suite duquel, il a formulé par écrit les desiderata du Syndicat des médecins de la Vienne. Depuis l'envoi de cette pièce, il n'avait rien reçu, et c'est seulement après une lettre de rappel, que le 13 juillet dernier M. Bazille a bien voulu répondre que la question serait tranchée dans la réunion du mois d'août de la Société des Cantonniers.

En attendant, le Syndicat décide de garder

toujours la même attitude envers la Société et prie tous ses membres de continuer à ne pas accepter de tarifs réduits et à ne signer aucune des pièces présentées pour l'établissement, des mémoires d'honoraires. La Société des Cantonniers reste inconnue des membres du Syndicat, tant qu'elle n'aura pas accepté les tarifs demandés.

Ordre des médecins.

La Commission chargée, à la dernière séance du Syndicat, d'étudier la question de l'ordre des médecins, s'est réunie une première fois et a modifié sensiblement le projet primitif soumis à notre examen par l'Union des Syndicats. Mais la question a encore besoin d'être étudiée de nouveau, avant de venir en discussion générale, en mettant à profit les renseignements venus d'ailleurs. La question sera mise à l'ordre du jour de la séance du mois d'octobre prochain, et, à ce sujet, les membres syndiqués feront bien de lire attentivement, le remarquable discours du docteur Lasalle, paru dans le numéro du 20 juin 1897 du *Bulletin officiel* de l'Union des Syndicats.

Exercice illégal.

Le Président rappelle le procès engagé par le Syndicat médical d'Angers contre les magnétiseurs, et fait ressortir l'intérêt qu'il y a à soutenir ce Syndicat contre la mauvaise volonté des tribunaux, et à porter l'affaire devant la Cour de cassation. Il faut alimenter la caisse spéciale nécessaire pour soutenir les intérêts professionnels dans cette affaire.

Cet appel est entendu par tous les membres présents, et le Syndicat médical de la Vienne envoie ses félicitations au Syndicat médical d'Angers, pour son attitude dans cette affaire des magnétiseurs.

Le Secrétaire.
Dr Brossard.

REPORTAGE MÉDICAL

Parmi les promotions honorifiques récentes, nous avons encore à mentionner celle du Dr Mardagne, de Tourny (Eure), qui, officier d'académie, il y a cinq ans, vient d'être promu *officier de l'instruction publique.*

Association de la Presse médicale. — A la dernière réunion de l'Association de la presse médicale française, sur la proposition de MM. Laborde et Marcel Baudouin, les membres du bureau de l'Association, MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et M. Baudouin, ont été chargés de faire les démarches nécessaires pour tenter d'obtenir l'autorisation d'organiser, à l'Exposition de 1900, un bureau de renseignements à l'usage des médecins de la province et de l'étranger, désirant assister aux multiples Congrès médicaux qui auront lieu à cette époque.

Ont été élus membres de l'Association : MM. Montprofit (d'Angers) pour l'*Anjou médical* ; Em. Laurent (de Paris) pour l'*Indépendance médicale* ; M. le prof. Bergoni (de Bordeaux) pour les *Archives d'électricité médicale* ; M. Georges Baudoin pour les *Annales d'hydrologie.*

—Nous souhaitons la bienvenue à un nouveau journal médical : La *Revue médicale de l'Afrique du Nord*, dont le premier numéro vient de paraître à Alger. Les intérêts professionnels et coloniaux tiendront une large place dans la nouvelle publication.

Conseil de l'ordre des médecins romains. — Conformément aux résolutions adoptées par l'assemblée des délégués de tous les Ordres de médecins, tenue l'année dernière, le Conseil de l'Ordre des médecins de la province de Rome a nommé plusieurs commissions à l'effet :

1° De dresser un projet de règlement unique devant servir de statuts à une Fédération des Ordres de médecins du royaume ;

2° De rédiger un Code de déontologie médicale ;

3° De préparer les voies et moyens pour faire attribuer la personnalité civile aux Ordres de médecins.

Médecine et baccalauréats. — Dans la séance du 13 janvier 1898, le Conseil supérieur de l'Instruction publique a rejeté une proposition faite par un de ses membres, tendant à ce que le diplôme de bachelier des lettres-mathématiques de l'enseignement classique donnât accès aux études médicales, au même titre que le diplôme de bachelier des lettres-philosophie. C'est fort heureux !

Les certificats de complaisance. — La sixième Chambre du tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement disant que : commet un quasi-délit le médecin qui, dans un certificat de complaisance, constate l'existence de lésions graves devant entraîner une longue incapacité de travail, alors qu'en réalité il n'y a eu qu'une très légère contusion. Par suite, si ce certificat a contribué à déterminer une Compagnie d'assurances à remettre une indemnité à un tiers, le médecin est passible de dommages-intérêts envers cette Compagnie.

Etudes médicales. — Par décret en date du 16 janvier 1898, le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903. Des dispositions spéciales, qui seront ultérieurement arrêtées, détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité, d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878.

Les grossesses gémellaires. — M. Bertillon a communiqué le 15 décembre dernier les résultats d'une étude faite sur les statistiques de Munich, de Saint-Pétersbourg et de la Nouvelle-Galles du Sud au sujet des grossesses gémellaires.

Ses conclusions établissent formellement la fréquence spéciale de celles-ci : 1° chez des femmes de 35 à 40 ans ; 2° surtout chez celles qui ont déjà eu le plus d'enfants ; et le nombre des accouchements antérieurs dépasserait en influence l'âge des parturientes.

Grève d'étudiants. — Dans la plupart des Universités austro-hongroises les étudiants de nationalité allemande viennent de se mettre en grève, avec l'approbation de l'Assemblée académique, parce qu'il leur fut interdit à l'Université de Prague, de porter dans les rues de la ville, les couleurs et insignes de la corporation.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4245.— M. le docteur Nommès, de Miallet (Dordogne), présenté par M. le Directeur.

N° 4246.— M. le docteur Bertrand, d'Auxonne (Côte-d'Or), présenté par M. le Directeur.

N° 4247.— M. le docteur Verhaeren, de Birmandreis (Alger), membre de l'Association des médecins d'Alger.

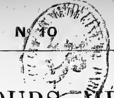
NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Duchenne, de Sainte-Anne-d'Auray (Morbihan), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 10 5 Mars 1898.



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les acquittements Heim et Laporte.

Nous devons associer les deux causes, qui, toutes les deux, ont ému, à des degrés divers, l'opinion médicale ; M. le professeur agrégé Heim, passionnément incriminé par son collègue, M. Blanchard, sort, blanc comme neige, de l'accusation honteuse qu'on avait portée contre lui et qu'à la légère le Conseil de l'Université avait justifiée par une condamnation. Le Conseil de l'Instruction publique, sur son appel, lui *dit* : « Vous avez été négligent, vous n'êtes ni un faussaire, ni un voleur, vous êtes innocent ; vous avez fait état de travaux qui n'étaient pas encore imprimés, nous vous restituons votre titre de professeur agrégé, noblement, brillamment conquis.... et nous vous condamnons, à une bien faible majorité, à.... 2 ans de suspension, avec suppression de traitement. La peine est lourde pour une faute légère. Que les médecins qui, chargés, à un titre quelconque, de la surveillance d'un matériel, n'ont rien à se reprocher, lui jettent la première pierre ; sûrement, M. Heim, s'il en reçoit, n'en sera pas accablé. Il y a, d'après une légende, quelque part, un bec de gaz, dans un laboratoire entretenu aux frais du Budget, qui brûle 365 jours et 365 nuits et ne s'éteint même pas à la Saint-Sylvestre, par négligence du chef responsable ! Ce n'est sûrement pas ce chef, s'il existe, ce qui nous semble douteux, qui a participé à la 2e condamnation de M. Heim. »

Voilà donc un premier appel couronné de succès.

Appel Laporte.

Bien plus satisfaisante, encore, sera l'issue du second. Au moment où nous écrivons ces lignes, ce n'est que demain, samedi, que nos lecteurs liront les considérants de l'acquittement de notre confrère. Ils leur donneront toute satisfaction.

L'audience du *Vendredi 25 février* s'est ouverte à 11 h. 1/2 et à notre profonde stupéfaction, l'auditoire se réduisait à quelques jeunes gens, quelques reporters, quelques amis, et nous n'y avons vu aucune figure de connaissance. Nous y avons, en vain, cherché ces *représentants autorisés*, qui, d'après la *Gazette des hôpitaux*, devaient venir, en appel, défendre le docteur Laporte. Seul, M. le professeur *Pinard* était assis à la droite de maître Henri *Robert*. Nous croyons qu'il n'était pas un des représentants autorisés de la *Gazette*.

En 1894, le jeudi 13 septembre, le Dr Lafitte introduisait son recours en cassation et l'avocat général *Melcot*, le plus haut représentant de la loi disait à la cour : « Vous pouvez casser, vous devez casser l'arrêt de la cour d'assises de Versailles ; il y a vice de forme ; il y a violation formelle de la loi ; on a nui à l'accusé ; renvoyez-le juger à nouveau ; c'est votre droit ; votre devoir. » Et la justice fut sourde à cet appel, cette justice qui nous apparut, alors, bien cruelle ! — La grâce était faite, à notre avis, pour les criminels et non pour les innocents ; mais nous recherchâmes néanmoins et nous obtînmes cette grâce.

Allait-il en être de Laporte comme de Lafitte ? heureusement non !

Aujourd'hui c'est l'acquittement qu'il faut espérer et nous le devons à une justice sereine, lumineuse, qui a établi, avec une conscience exemplaire, les motifs de l'arrêt à rendre.

L'audience commence par le rapport de M. le conseiller Ayrault. Il est rédigé avec un soin ex-

trême, fait un exposé précis des éléments du jugement de la 7me Chambre ; passe au crible d'une judicieuse critique l'interrogatoire de l'accusé, les témoignages, le rapport des experts, le réquisitoire, la plaidoirie et termine en concluant à l'admissibilité de la révision de l'arrêt de condamnation.

Entre en scène, alors, le Président de la Chambre des appels, M. le conseiller Pottier.

Disons d'abord comment a procédé le nouveau juge. Ce n'est pas l'opinion publique, atroce. d'abord, dans son parti pris, peut-être excessive ensuite dans l'expression de sa sympathie, ses témoignages envers l'accusé, qui doit, qui va le guider. Non, il veut connaître ce médecin qui comparaît devant lui, et il s'empare des carnets de notes, de souvenirs, saisis par la police de sûreté au moment de l'arrestation, et il les compulse, les parcourt religieusement en entier ; il voit l'âme, il sonde la conscience du malchanceux qu'il va interroger à nouveau, et qui lui a révélé ainsi les secrets mobiles de tous ses actes. Son siège est fait, et, à l'audience, il débute à peu près en ces termes : Docteur Laporte, vous êtes un honnête homme, nous le savons à cette heure ; vous n'êtes pas seulement un honnête homme, vous êtes un scrupuleux ; vous écrivez vos incertitudes, et qui, plus est, quand vous êtes en action, vous les traduisez à haute voix ; vous êtes à bout de votre rouleau, vous êtes à bout de forces, vous faites connaître votre martyre par des exclamations ; vous voudriez sauver votre malade ; vous criez vos anxiétés ; parents, commères écoutent, interprètent la scène tragique, et les premiers juges, qui ne vous connaissent pas, comme nous, vous déclarent coupable ; nous, nous vous connaissons maintenant, et nous vous disons : Monsieur, vous n'êtes pas un boucher ; mais au savoir, il faut ajouter le savoir-faire ; cela est permis ; c'est un devoir, sous peine de succomber, comme vous l'avez fait, sous le poids des apparences. Redressez-vous, la vie est longue, pour vous qui êtes jeune, et puisque vous avez jugé bon de changer de carrière, de renoncer à ce qu'on appelle une profession libérale, profession redoutable, vous en êtes un exemple, le jugement que nous rendrons à huitaine vous donnera la possibilité de vous faire, à nouveau, une existence honorable et honorée.

C'est ainsi que nous traduisons la façon dont M. le président Potier a dirigé son interrogatoire paternel, bienveillant, qui évitait à l'accusé les traquenards qu'aurait pu lui créer son excessive émotivité.

Nous avons entendu ensuite, sans en perdre un mot, la plaidoirie de Me *Henri Robert*. L'interrogatoire lui avait singulièrement facilité la tâche. Il a discuté, point par point, les témoignages, les assertions hasardées des rapports médico-légaux ; fait ressortir la valeur des travaux publiés par M. le prof. Pinard, à l'occasion de cette affaire ; démontré, avec une absolue évidence, qu'il n'y avait pas eu la *faute lourde* dont tout médecin est responsable ; que le médecin honnête, désintéressé, ne peut-être mis en cause pour les questions d'opportunité, d'intervention, choix de son procédé opératoire, accidents qui peuvent survenir, etc..., que si on admettait une telle jurisprudence, on inciterait l'opérateur à une abstention funeste pour les familles ; qu'il fallait laisser au médecin sa libre initiative, avec le frein de la responsabilité de droit commun et celui de sa conscience ; que Laporte, dans la circonstance, n'avait pas reculé devant l'accomplissement de son pénible devoir ; qu'il n'avait pas déserté son poste d'humanité, et qu'il avait accompli sa tâche jusqu'au bout ; que lui, comme la famille de la défunte, étaient les victimes de leur situation malheureuse ; que le premier jugement devait être annulé, et Laporte innocenté ; que ce serait justice.

Des applaudissements, aussitôt réprimés, mais avec mansuétude, par M. le Président, saluent la défense.

M. le substitut du Procureur général Blondel a la parole à son tour et avant de conclure à l'abandon de la poursuite, il prend en mains la cause des experts ; nous ne le suivons pas sur ce terrain. Il est du domaine médical. Nous nous en tenons à notre première appréciation. « Les experts, lorsqu'un médecin est soumis à leur contrôle, doivent avoir sans cesse présents à l'esprit, les périls que courent leurs confrères, les difficultés de leur intervention, les dangers auxquels il doivent s'exposer sans crainte des appréciations malveillantes, guidés par leur seule conscience. Les experts doivent être réservés dans toutes leurs conclusions et quand un médecin est en cause, leur réserve doit être encore plus grande ; ils peuvent, dignement, encourir la suspicion de bienveillance envers leurs confrères, puisqu'ils savent que la tâche de ceux-ci est périlleuse et les expose, eux aussi, aux suspicions souvent illégitimes.

Ni M. *Socquet*, ni M. *Vibert*, n'ont, certes, péché par indulgence confraternelle en 1894 et en 1897.

Me Henri Robert a eu la bonne fortune de faire grande impression sur le tribunal en insistant sur les nuances d'appréciation de MM. Socquet et Maygrier et prouvé que les rapports médico-légaux suffisaient à mettre hors de cause M. Laporte.

M. le substitut réduit à leur valeur les témoignages des commères, mais il ne rend pas à M. Pinard, les hommages qui lui sont dus. A peu près seul dans ce mémorable procès, qui restitue aux médecins le libre arbitre, le calme dont ils ont tant besoin quand ils affronteront à l'avenir une grave intervention, M. le Professeur Pinard a rempli plus que son devoir et assisté de sa personne, de son autorité, de ses recherches remarquables, le pauvre médecin prêt à toutes les défaillances, à tous les découragements, qui n'était pas même un de ses élèves. Honneur à lui, au nom de toute la profession ! Nous avons été heureux de le lui dire, à l'issue de l'audience, au nom du Conseil de Direction du Concours et des milliers de médecins, membres de notre Société. Nous avons rassuré sur l'arrêt définitif le confrère *Laporte*, sa mère et sa sœur, qui, elles aussi, jusqu'à ce que le jugement soit rendu, ont la douleur nouvelle, de n'être pas encore pleinement tranquilles, après leurs tristes épreuves.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

La pneumonie par contusion.

D'après M. le Dr *Ch. Lescudé*, de Paris, une contusion du thorax, sans plaie cutanée et sans fracture de côtes, peut produire une pneumonie. Cette pneumonie éclatera surtout chez des sujets dont les poumons ne sont pas suffisamment protégés contre l'infection microbienne, et cela, par suite d'alcoolisme, de maladies pulmonaires antérieures, de tares héréditaires ou de diathèse.

Le traumatisme imprime à la pneumonie une évolution peu différente de celle de la pneumonie ordinaire : accélération, dès le début, du rhythme respiratoire à cause de la violence du point de côté, qui siège toujours au niveau de la contusion ; fréquence de l'hémoptysie, qui est en rapport avec la rupture des capillaires du poumon ; absence presque complète de l'expectoration. La succession des divers râles pathognomoniques est moins régulière et se complique parfois de râles bronchitiques.

La pleurésie avec épanchement séreux est constante, de telle sorte qu'on pourrait dire pleuro-pneumonie contusive, comme le voulait Béhier, qui avait remarqué que tout se passait comme si l'inflammation pulmonaire procédait de la contusion extérieure par voie de propagation.

La maladie apparaît le plus souvent du deuxième au quatrième jour après l'accident et siège exactement au niveau de la région thoracique contusionnée. Sa bénignité en est une des caractéristiques les plus frappantes, quoique parfois elle se soit compliquée de purulence, d'infection généralisée ou de tuberculose.

Les lésions sont les mêmes que dans la pneumonie franche et on retrouve le même agent pathogène, le pneumocoque de Talamon et Frœnkel. Mais, on ne sait au juste de quelle façon se produit la lésion initiale, si elle dépend d'une perturbation nerveuse dans les systèmes de défense de l'appareil respiratoire, ou d'une modification mécanique du tissu pulmonaire ou de troubles dans la circulation du poumon.

Au point de vue médico-légal, le point capital est la connexion qui existe entre la région traumatisée du thorax, l'ecchymose pleurale et l'ecchymose pulmonaire. Les commémoratifs ont une grande importance, ainsi que l'état antérieur du blessé ; les responsabilités sont atténuées lorsque l'individu était prédisposé et lorsque ses conditions hygiéniques de vie laissent à désirer.

La cure radicale de la hernie crurale.

M. le Dr A. *Demirleau*, de Paris, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des différents procédés de cure radicale des hernies crurales et, en particulier, de celui du Dr H. Delagenière, du Mans. Il fait remarquer que les bords de l'anneau crural sont formés de tissus fibreux toujours tendus et d'une vitalité très faible.

Toute dépression du péritoine joue un rôle prédisposant considérable dans la production des hernies.

L'arcade de Fallope par sa rigidité contribue puissamment à faire naître des dépressions péritonéales.

Pour obtenir une bonne cure radicale de hernie crurale il faut :

1° Disséquer le sac de la hernie dans la totalité ;

2° Le fermer très haut :

3° Supprimer la rigidité de l'arcade de Fallope pour qu'il soit possible de suturer efficacement l'anneau.

Les procédés opératoires ont tous le tort de chercher à suturer un orifice fibreux et rigide et de laisser subsister l'arcade de Fallope.

Tous, à l'exception de ceux de Fabricius et de Ruggi, agissant sous l'arcade pour disséquer et réséquer le sac, ne permettent pas de réséquer le sac assez haut.

Le procédé du Dr Delagenière a pour principes :

1° Inciser l'arcade de Fallope en haut ;

2° Ne pas reconstituer l'arcade, mais l'affaisser et la suturer au ligament de Cooper et au périoste de la branche horizontale du pubis.

C'est le procédé de choix, car seul, il remplit très bien les conditions énoncées précédemment.

Voici, d'ailleurs, la technique opératoire du procédé de Delagénière : « L'incision cutanée est verticale et dirigée dans le même sens que le crural. Elle croise obliquement l'arcade de Fallope, qu'elle doit dépasser en haut de trois centimètres environ. En bas, elle dépasse également l'anneau crural de trois centimètres. Dans son ensemble, elle devra donc avoir une longueur moyenne de sept à 8 centimètres. Elle sera plus longue, si la hernie est très volumineuse.

Lorsque la peau sera divisée, le tissu cellulaire sera écarté rapidement pour découvrir l'aponévrose du grand oblique et l'arcade crurale.

On reconnaîtra ce faisceau fibreux à la vue et au toucher. Dans la partie inférieure de l'incision, on isolera le sac herniaire, avec toutes les précautions d'usage, incisant couche par couche jusqu'à la dernière qui sera le sac séreux. Cet isolement du sac est facile dans la hernie crurale et peut se faire rapidement. Avant d'avoir terminé cet isolement du sac, on devra toujours l'ouvrir sur sa face antérieure pour se débarrasser de son contenu. Les anses intestinales seront réduites dans l'abdomen et l'épiploon sera réséqué le plus haut possible, ainsi que l'a toujours conseillé M. Championnière.

Le sac, une fois vidé et exploré avec soin, sera ensuite disséqué du côté de l'anneau crural. Cette dissection sera facile et le collet du sac descendra assez vite dans une certaine étendue, puis on éprouvera une résistance devant laquelle les tractions devront cesser sous peine de déchirer le sac. C'est à ce moment, lorsque l'arcade crurale sera bien visible, isolée déjà en partie du collet du sac, qu'on devra procéder à sa section. Celle-ci se fera aux ciseaux, par petits coups, afin d'éviter la blessure des artères de la paroi ou pour assurer leur hémostase si leur section est nécessaire ou si elle se fait accidentellement. La section devra se porter directement en haut, comprendre toute l'épaisseur de l'arcade, qu'elle dépassera en haut de quelques millimètres ; elle aura donc dans son ensemble une longueur de 10 à 15 millimètres.

On reprendra alors l'isolement du collet du sac en l'attirant fortement dans l'échancrure faite à l'arcade. On trouvera le collet adhérent à l'orifice interne de l'anneau crural.

On sectionnera ou on rompra ces adhérences ; puis, avec le doigt, on décollera tout autour le péritoine pariétal. Une nouvelle traction exercée sur le sac amènera alors une portion étendue du péritoine sous forme d'entonnoir ouvert en haut. Un fort catgut à boucle passée, sera placé sur cette portion élargie du sac, qui sera ensuite réséquée aux ciseaux.

Les deux chefs du catgut sont passés ensuite séparément sous la paroi, puis à travers, à 15 ou 20 millimètres au-dessus du sommet de l'échancrure faite à l'arcade, pour être ensuite noués ensemble, afin d'attirer au-dessus des parties effondrées le pédicule formé.

Cette pratique, recommandée par Barker pour les hernies inguinales, peut donc, grâce à la section de l'arcade, être facilement appliquée. Sans lui attribuer une importance trop grande, il faut la considérer comme utile dans la plupart des cas.

Lorsque le collet du sac est ainsi rebroussé, l'anneau crural, fortement échancré en haut, reste béant dans le fond de la plaie. Il serait facile de reconstituer l'arcade de Fallope par quelques points de suture, mais on se gardera de recourir à cette suture trop heureux d'avoir effondré la voûte qui maintenait irréductible et béant l'anneau crural. Tous les efforts tendront même à compléter cet effondrement, en cherchant à rapprocher l'arcade sectionnée de la branche horizontale du pubis.

Dans ce but, après avoir reconnu la situation exacte de la veine crurale, on passe deux ou plusieurs forts catguts à travers l'aponévrose du pectiné, la bandelette ilio-pectinée et même le périoste, afin de donner aux fils un point d'appui solide, puis on passe l'anse postérieure de chacun des fils à travers l'arcade, tout près du point où elle a été sectionnée, les uns en dedans, les autres en dehors de l'incision. Les catguts sont alors noués et l'on voit l'arcade s'affaisser vers la branche horizontale du pubis, et se porter en arrière, transformant dans ce mouvement de descente l'incision verticale en un espace triangulaire à sommet supérieur et antérieur. Cet espace triangulaire se comblera progressivement par du tissu cicatriciel.

L'opération devra se terminer en reconstituant, autant que possible, par un surjet au catgut le canal crural, puis en suturant la peau.

Le surjet destiné à reconstituer le canal crural se fera à points très rapprochés les uns des autres ; l'aiguille pénétrera immédiatement en dedans de la veine crurale, puis plongera à travers l'aponévrose pectinéale dans l'épaisseur du muscle. Le surjet commencera aussi bas que possible et se terminera à l'anneau crural.

Le drainage est inutile lorsque la hernie est de petit volume et que la dissection du sac n'a pas été trop longue, et surtout lorsque l'hémostase a été parfaitement assurée. Si l'une de ces conditions a fait défaut, le drainage pourra rendre des services. En tout cas, il n'est jamais nuisible, quand les règles de l'asepsie ont été parfaitement suivies au cours de l'opération. »

L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

M. *Combemale*, de Lille, a recommandé, à la dernière séance de l'Académie de Médecine, l'usage de l'acétate de thallium en pilules de dix centigrammes, contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

« Sur plus de 30 malades, tuberculeux ou autres, affectés de sueurs nocturnes, un seul n'a pas été soulagé ; un autre fut seulement amélioré sans être complètement débarrassé toutefois.

« Ce sont surtout les grands excavés cachectiques qui bénéficient de cet anhydrotique ; à l'inverse des antisudoraux, l'acétate de thallium a son maximum d'effet chez les cachectisés : une leucocythémique, dans ce cas, en tira aussi très grand profit.

« Chez les tuberculeux indurés ou à ramollissement commençant, le médicament n'a pas de moindres effets. Les vieux tousseurs par dilatation bronchique, bronchite chronique, qui suent tout comme les tuberculeux, sont aussi bien traités par l'acétate de thallium.

« La dose quotidienne est de 10 centigrammes, très rarement de 20 centigrammes. Il convient de ne jamais prescrire le médicament plus de 4 jours de suite : les effets en étant très durables, persistant de 2 à 10 jours, les cas réfractaires n'ayant jamais cédé, même à 8 prises consécutives.

« La prise doit se faire une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

« Ces excellents résultats impliquent la recherche des inconvénients. Cliniquement, il n'a rien été observé d'analogue à ce que donne l'analyse expérimentale, qui fait du thallium le plus toxique des métaux et le présente comme un poison musculaire paralysant. Mais il faut rapporter que trois fois une alopécie totale et extraordinairement rapide, en 2 à 8 jours, s'est montrée chez des sueurs, qui, il est vrai, perdaient déjà leurs cheveux et avaient pris de 80 centigrammes à 1 gr. 10 d'acétate de thallium en un mois ; par contre, des tuberculeux dans les mêmes conditions, qui virent leurs sueurs arrêtées par une ou deux prises consécutives, ne subirent pas cette perte quasi foudroyante de leur chevelure. La conclusion est que cet accident n'est à craindre qu'à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées. L'explication de l'alopécie ne peut être trouvée dans la présence du thallium dans le cuir chevelu, la spectroscopie n'ayant pas caractérisé ce métal dans une macération du cuir chevelu de l'un de ces décalvés. »

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum.

Dans une très consciencieuse et très savante thèse inaugurale, M. le Dr André *Lapointe*, de Paris, a résumé et lumineusement exposé les différentes méthodes de traitement applicables aux rétrécissements non congénitaux du rectum.

Nous nous proposons d'en donner ici un aper-

çu, qui, nous l'espérons, sera de quelqu'utilité pratique pour nos chers lecteurs (1).

Les rétrécissements du rectum non congénitaux peuvent être dus à la syphilis, à la tuberculose, à la dysenterie, à la blennorrhagie par pédérastie, enfin à un néoplasme épithéliomateux ou carcinomateux. Comme M. Lapointe, nous éliminons de cette étude la dernière catégorie, les rétrécissements cancéreux et nous n'avons en vue que les quatre premières espèces.

Pendant de nombreuses années, on a considéré les rétrécissements rectaux comme étant pour la plupart d'origine syphilitique ; c'était là une grande exagération. Il est aujourd'hui prouvé et admis anatomo-pathologiquement, que la tuberculose, la dysenteric et les affections ulcéreuses vénériennes non-syphilitiques du rectum, peuvent donner lieu à des rétrécissements très considérables du rectum. « Le plus souvent, les rétrécissements ont pour point de départ la rectite chronique, qui, elle-même, succède à toutes les causes d'inflammation locale, qu'elles soient banales ou de nature spéciale, comme les syphilides ulcéreuses ano-rectales, le chancre mou, la dysenteric ou la blennorrhagie. Ce processus joue un rôle plus important que la cicatrisation d'ulcérations, le plus souvent superficielles et limitées. Ce groupe comprend sans aucun doute, une grande partie des faits étiquetés syphilome ano-rectal, ou rétrécissement dit syphilitique. Ou bien la diminution du calibre rectal est due à l'infiltration primitive des parois par des néoformations spécifiques d'origine tuberculeuse ou syphilitique, auxquelles s'ajoutent, à un moment donné de leur évolution, des altérations inflammatoires banales.

« Cette variété pourra parfois prendre les caractères macroscopiques du prétendu syphilome : rétrécissement peu élevé en cylindre, avec des canelures, et des végétations de la partie inférieure du rectum ; mais il est probable qu'on doit faire rentrer aussi dans ce groupe, des faits qui n'ont pas été classés jusqu'alors, dans lesquels les lésions, au lieu de rester localisées au segment rectal de l'intestin, ont envahi simultanément des portions plus ou moins éloignées de l'orifice anal. »

Au point de vue du siège du rétrécissement, les auteurs sont généralement très divisés : cependant, on peut admettre avec Trélat et M. Fournier que la plupart des rétrécissements siégeant à plus de douze centimètres de l'anus ne sont pas syphilitiques, mais tuberculeux ou dysentériques. Quant au nombre des rétrécissements, il n'est pas toujours unique. Plusieurs auteurs en ont vu deux ou trois échelonnés à différentes hauteurs (Perret, Kümmel, Thiem, Hahn, Berger).

Dans ces cas de rétrécissements multiples, bien éloignés du type créé sous le nom de syphilôme ano-rectal par M. Fournier, il est évident qu'on ne peut songer qu'à des causes d'ordre général, comme la tuberculose, la syphilis ou peut-être la dysenterie.

« Par contre, lorsqu'il s'agit de lésions nettement localisées au rectum avec intégrité complète de tout le reste du tractus intestinal, on peut donner pour expliquer la hauteur anormale du cylindre rectal, ou la multiplicité des rétrécissements superposés, l'interprétation suivante récemment proposée par M. le professeur Berger. Supposons que l'ulcération qui surmonte la sténose arrive à se cicatriser, la rétraction cicatricielle entraînera, dans la suite, une diminution de calibre qui prolongera de bas en haut le segment rétréci primitif. Une nouvelle ulcération de la muqueuse sus-jacente va dès lors se produire, et se cicatrisant à son tour, elle ajoutera quelques nouveaux centimètres à l'étendue du rétrécissement. Que le travail de cicatrisation se fasse irrégulièrement, il constituera une série de rétrécissements superposés.

« Quelle que soit d'ailleurs la pathogénie de ces lésions, si éloignées de la conception classique, on doit ne jamais perdre de vue la possibilité de leur existence, car elles rendent compte des difficultés et même de l'impuissance des traitements dont on dispose, en général. »

L'existence d'un rétrécissement rectal amène presque constamment à sa suite des ulcérations de la muqueuse située au-dessus ; puis des abcès périrectaux, des fistules, de la périrectite fibreuse ou fibro-lipomateuse, qui contribue à faire du rectum un tube rigide, inextensible et d'une extirpation extrêmement laborieuse.

I

Traitement médical.

Tout d'abord, il importe de bien régler l'hygiène alimentaire, de faciliter les garde-robes, de soutenir les forces des malades par des toniques non constipants. Les rétrécissements tuberculeux, surtout, n'auront guère d'autres indications thérapeutiques. En ce qui concerne les rétrécissements syphilitiques, malgré les très nombreux échecs du traitement spécifique par l'iodure de potassium et le mercure, il ne faut pas s'en abstenir à priori. On a pu relever un certain nombre de cas où l'influence bienfaisante du traitement mixte ne paraît guère discutable. Ces faits, si peu nombreux *qu'ils* soient, ne sont pas négligeables : « Plusieurs fois, dit M. le professeur Fournier, on a vu des lésions syphilitiques rectales en voie de constituer un rétrécissement, c'est-à-dire ayant déjà épaissi, induré le rectum, et diminué le calibre de cet intestin, rétrocéder sous l'influence du traitement spécifique, tout au moins être enrayées, arrêtées dans leur évolution et ne pas aboutir aux conséquences irrémédiables de la stricture fibreuse définitive ».

Bien entendu, il n'est nullement question de guérison ; le retour *ad integrum* n'a jamais été démontré d'une manière certaine et sa possibilité reste même fort douteuse, hors de certaines conditions tout à fait spéciales.

« L'anatomie pathologique explique d'ailleurs l'inefficacité du traitement mixte chez des rétrécis syphilitiques, puisqu'il n'y a souvent, même dans ces conditions, rien autre chose que des lésions inflammatoires banales, qui se sont surajoutées ou substituées aux lésions spécifiques du début. De plus, lorsqu'il s'est produit des ulcérations circulaires à la surface du rectum, la guérison ne peut se faire que par cicatrisation. Toute cicatrice est rétractile, et la rétractilité entraîne fatalement la diminution de

(1) Thèse de Paris. Maloine éditeur, 21, place de l'Ecole de Médecine.

calibre, en dépit de tous les traitements. La guérison complète ne sera donc possible, ainsi qu'on l'a dit depuis longtemps, que tout à fait au début, à la période d'infiltration gommeuse, avant celle du ramollissement et de l'ulcération. D'autre part, si le traitement spécifique échoue parfois complètement, c'est que le rétrécissement cylindrique, loin de correspondre à une étiologie univoque, est l'aboutissant possible de lésions essentiellement différentes ; il appartient aux inflammations banales, à la dysenterie, à la tuberculose, probablement plus souvent qu'à la syphilis.

II

Traitement local non sanglant.

Les méthodes non sanglantes pour le traitement local des rétrécissements rectaux sont la *cautérisation*, l'*électrolyse* et la *dilatation*.

La cautérisation ignée ou chimique est une méthode aveugle qui ne mérite pas qu'on s'y arrête : elle ne donne que de mauvais résultats.

L'électrolyse linéaire ou circulaire préconisée par les Américains n'a pas de meilleurs succès que dans les rétrécissements uréthraux ; les récidives sont de règle après son application.

Enfin, la dilatation paraît être le meilleur procédé thérapeutique non sanglant à opposer aux rétrécissements. M. Lapointe rapporte un certain nombre d'observations, qui prouvent même que la dilatation est toujours capable de donner des résultats, pouvant être opposés avec avantage à ceux fournis par des interventions plus rapides et plus brillantes, sans doute, mais aussi plus dangereuses.

Les contre-indications de la dilatation sont peu nombreuses. Toutefois, la tuberculose n'est pas justiciable de cette méthode ; de même, les rétrécissements situés trop haut ou les rétrécissements multiples échappent à l'action de la dilatation. Lorsqu'on n'a pu parvenir à établir sûrement le diagnostic de la hauteur du rétrécissement, l'absence d'amélioration, après une dilatation rectale qui pourtant s'était faite dans de bonnes conditions, deviendra précisément l'indice de lésions élevées, échappant au traitement local ; la persistance des difficultés de la défécation, des écoulements sanguins ou purulents, lorsque cependant la dilatation rectale marche bien, feront soupçonner l'existence de lésions, qui ne pourront être confirmées qu'à l'autopsie. « Dans tous les autres cas, on devra toujours chercher à obtenir de la dilatation, les bénéfices qu'elle peut donner, avant de songer à un traitement soi-disant radical. Mais pour obtenir tous ces bénéfices, il faut évidemment établir une distinction entre les cas et recourir à une technique sur laquelle il ne sera pas inutile d'insister.

« Il faut avouer que la dilatation peut avoir des inconvénients.

« Y a-t-il, par exemple, des lésions inflammatoires de rectite ou périrectite aiguë, des fistules multiples avec abcès périrectaux étendus à la surface du cylindre rectal rétréci, la dilatation faite d'emblée ne pourra donner aucune amélioration ; elle n'aura d'autre résultat que d'augmenter l'inflammation, de rompre les abcès dans le péritoine et d'empêcher la cicatrisation des ulcérations. La plupart des accidents publiés, survenus au cours de la dilatation, concernent des cas de ce genre, dans lesquels il ne faut jamais pratiquer la dilatation primitive ; mais donner aux lésions le moyen de s'améliorer, favoriser la cicatrisation des ulcérations, la régression des phénomènes inflammatoires rectaux et périrectaux ; commencez, seulement après un délai plus ou moins long, la *dilatation secondaire* ; les conditions seront bien meilleures pour que le patient puisse bénéficier du traitement par les bougies.

« La contre indication tirée de la douleur parfois insupportable provoquée par le passage à frottement des bougies sur la surface d'ulcérations, rentre en partie dans ce que nous venons de voir. Si on pratique la dilatation secondairement à l'anus illiaque, après avoir laissé suffisamment longtemps le rectum au repos, les phénomènes douloureux seront toujours très supportables.

« La douleur seule ne constituera, jamais d'ailleurs, une contre-indication formelle à la dilatation, car l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne, suivant la technique de M. Reclus suffira, dans la plupart des cas, à rendre la pénétration des bougies supportable. »

« Elle aura raison, surtout si on pratique des injections cocaïniques en plein sphincter, des phénomènes douloureux en rapport avec le spasme sphinctérien, si souvent observés chez les rétrécis qu'on dilate.

« Des deux procédés de dilatation, *lente et progressive* ou, au contraire, *brusque et extemporanée*, cette dernière est à peu près généralement condamnée. Proposée et exécutée par Astley Cowper, essayée après lui par Nélaton, Demarquay, Trélat, elle compte à son actif un certain nombre d'accidents qui l'ont fait rejeter de la pratique. »

Toutefois, appliquée, non avec des instruments brutaux, mais *avec les doigts*, comme le fait M. Segond, et en employant les lavements et irrigations antiseptiques abondants, la dilatation violente pratiquée avec prudence, en dehors des lésions inflammatoires et ulcéreuses intenses, est à peu près exempte de dangers. Elle est même destinée à précéder rationnellement la dilatation par les bougies, dont elle restera le premier temps. On la fera bien entendu, sous le chloroforme ou l'éther.

« La *dilatation lente et progressive* se fait d'ordinaire en France à l'aide des bougies d'Hégar. Elle sont en gomme durcie, cylindro-coniques à leur extrémité ; et leur courbure correspond à l'incurvation du rectum. Elles sont graduées par millimètre : le numéro 1 ayant un diamètre de 2 millimètres, celui du numéro 29 atteint 3 centimètres, ce qui donne un peu plus de 9 centimètres de circonférence. Il est inutile d'insister sur la douceur qu'on doit apporter dans le passage des bougies. Comme pour la dilatation d'un urèthre rétréci, il faut se garder de toute manœuvre de force, et pousser lentement, peu à peu, la bougie, en évitant soigneusement tout effort, destiné à produire une pénétration brusque. La dilatation à l'aide de corps rigides, comme les bougies d'Hégar ne sera à l'abri de tout danger, qu'à condition d'être essentiellement lente et progressive. Parfois, on se trouvera bien d'une petite manœuvre recommandée par M. le professeur Berger. Si la pénétration

n'a pas lieu d'emblée, maintenez la bougie, sans forcer, au niveau de l'extrémité inférieure du rétrécissement ; attendez quelques instants, et vous sentirez, quand le spasme aura pris fin, le rétrécissement s'engager pour ainsi dire spontanément sur la bougie dont il coiffait l'extrémité. Le plus souvent on se contentera de gagner un ou deux millimètres de diamètre à chaque séance ; on ne passera donc chaque fois que deux ou trois bougies, en ayant toujours soin, bien entendu, de commencer par le numéro inférieur à celui auquel on s'est arrêté dans la dernière séance. Rappelons encore ici, et nous ne saurions trop le répéter, que la dilatation sera toujours mieux tolérée, quand on aura pris soin de faire avant chaque séance, l'anesthésie de la muqueuse rectale, en portant à son contact pendant un minimum de cinq minutes, quelques petits tampons d'ouate imprégnés d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100. Si le sphincter contracturé ne laisse passer les bougies, qu'au prix des plus grandes douleurs, nous conseillons d'injecter en plein sphincter, de 4 à 6 centigrammes de cocaïne, en suivant la pratique de M. Reclus, pour le traitement des hémorrhoïdes par la dilatation anale. Toutefois, nous devons dire que dans les cas de rétrécissement, que nous avons vu traiter, ou que nous avons traités nous-même par la dilatation, cette manière d'agir n'a pas été nécessaire, la simple anesthésie de contact s'étant montrée suffisante. Elle pourra rendre service, dans les examens par le toucher, et faciliter dans une grande mesure la recherche des différents éléments du diagnostic.

« Il est important de recourir, à chaque séance de dilatation, à des précautions antiseptiques, dont la rigueur cependant ne devra pas atteindre celle qui est indispensables pour les séances de dilatation brusque. Les bougies seront nettoyées au sublimé, sinon stérilisées ; avant chaque séance de dilatation, on débarrassera le rectum, de ses sécrétions par des lavages abondants, à l'eau boriquée chaude. — Un lavage analogue, plus minutieux encore, sera fait à la fin de chaque séance. Reclus emploie l'eau de lavage à la température de 55° et il fait garder au malade, pendant une dizaine de minutes environ, un litre de la solution. Ce véritable bain local antiseptique ramollit les exsudats, qui tapissent les ulcérations de la muqueuse, au-dessus ou au-dessous du rétrécissement, déterge les clapiers, et tarit parfois très rapidement les sécrétions purulentes, en excitant sans doute la vitalité des tissus et favorisant la cicatrisation : le résultat a été remarquable dans les deux cas qu'il a communiqués à la Société de chirurgie.»

En ce qui concerne la durée de la dilatation, MM. Quénu et Hartmann sont d'avis que la bougie ne doit rester en place que *quelques secondes*. De plus, il y a intérêt à ne pas trop espacer les séances, afin de ne pas perdre le terrain gagné, et les séances quotidiennes, quand les malades les supportent bien, ce qui manquera rarement, grâce à la cocaïne, sont certainement plus efficaces et plus rapides. « Il serait superflu d'insister longuement, sur la persévérance que doivent apporter le malade et le chirurgien, dans le traitement de la dilatation. En général, on arrive assez vite à passer les bougies 22 à 25 ; on se tiendra pour satisfait, quand on sera arrivé aux numéros 24 ou 26, et on pourra dès lors espacer davantage les séances. Une séance par semaine suffira à maintenir le résultat acquis, et le malade ne devra jamais s'y soustraire. Il lui sera d'ailleurs facile d'apprendre à se passer des bougies, et le chirurgien devra l'engager, à la moindre difficulté de pénétration, à venir se soumettre à une nouvelle série de dilatations à séances rapprochées.»

M. Werkmeister a modifié cette méthode en y ajoutant le drainage permanent du rectum : après une dilatation progressive par les bougies d'Hégar, on laisse à demeure dans l'anus, entre les séances d'introduction des bougies, un drain long de 6 centimètres, qui empêche l'accumulation des sécrétions au-dessus du rétrécissement et amène la disparition rapide des symptômes de résorption.

« Il résulte de tout ce qui précède que la dilatation inapplicable aux rétrécissements tuberculeux, améliore à peu près toujours les autres variétés de sténose. Elle sera primitive ou secondaire à l'anus iliaque ; les séances seront courtes et rapprochées, et la pénétration des bougies facilitée par l'anesthésie cocaïnique. Quand il y a intérêt à aller vite, on peut, sans danger, à condition de choisir les cas, commencer par une séance de dilatation digitale extemporanée. La dilatation sera continuée pour ainsi dire indéfiniment par le malade lui-même, qui ne devra jamais perdre de vue les menaces de récidive. Ainsi conduit, le traitement palliatif par la dilatation donnera le plus souvent de bons résultats, et sans partager l'optimisme de Crédé, qui n'a jamais vu d'échec, nous pensons qu'il doit de nos jours encore conserver le premier rang, dans le traitement des sténoses rectales. »

III.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Les opérations destinées à combattre les rétrécissements du rectum sont nombreuses, mais malheureusement peu efficaces, du moins pour la plupart.

La plus célèbre de toutes est la *rectotomie externe*, imaginée et prônée par Verneuil. Il est certain que cette opération a donné de bons résultats immédiats, mais elle a le grave inconvénient d'être impuissante contre la suppuration, et d'exposer à l'incontinence, tout en ne mettant jamais à l'abri des récidives, c'est une opération à abandonner.

Il en est de même de la *rectotomie interne* qui, outre son peu d'efficacité, est extrêmement dangereuse et expose à des hémorrhagies mortelles.

A côté de ces deux opérations, il reste *l'extirpation rectale* et *la colotomie* ou *anus contre nature iliaque gauche*.

« L'extirpation rectale soit par la voie périnéale, soit par la voie sacrée (Kraske), soit par la voie transvaginale, soit par la méthode de Segond (décollement de la muqueuse et extirpation par les voies naturelles, lorsque l'anus est parfaitement sain), a une mortalité opératoire trop élevée (17 pour 100) et entraîne trop souvent à sa suite une série d'inconvénients comme l'incontinence, la suppuration interminable, la récidive pour représenter la méthode de choix. Inapplicable, quand les lésions sont élevées, elle doit

être réservée, quand elle est possible, aux cas dans lesquels les autres méthodes n'ont pu fournir une amélioratioo suffisante.

« Le rétrécissement tuberculeux limité fait exception et reste justiciable de l'extirpation d'emblée.

« Dans tous les autres cas, l'extirpation sera tentée seulement, quand la dilatation simple, d'abord, puis la dilatation associée aux lavages désinfectants du rectum, après dérivation des matières, seront reconnues impuissantes, elle sera donc toujours secondaire à la colotomie. La méthode de Kraske ne trouvera que des indications tout à fait exeeptionnelles dans les sténoses non cancéreuses, à intégrité sphinctérienne, le rétrécissement étant si haut situé qu'il serait impossible de descendre le segment rectal supérieur pour le fixer à la peau. La voie saerée ne sera donc suivie, que si la voie périnéale est impratieable.

« Pour la même raison, la voie transvaginale, préférable à la voie sacrée comme méthode générale d'extirpation du rectum, ne trouvera que rarement son emploi dans le rétrécissement dit syphilitique.

« La méthode de choix, lorsque l'anus est intact, est représentée par le procédé de M. Segond dans la majorité des eas, à condition qu'avant toute incision, le rétréeissement soit mobile et abaissable par traction simple à travers l'anus dilaté.

« L'amputation totale du rectum, seule applicable lorsque le trajet sphinetérien est pris, ne peut être qu'une opération de nécessité, lorsqu'il y a autour du rétréeissement des suppurations interminables, entretenant la fièvre et incapables de se tarir autrement que par l'ouverture large et le drainage des foyers.

« Quant à la *Colotomie iliaque gauche*, elle est l'intervention de ehoix pour parer à des aceidents d'obstruction urgente. Le mieux est de la pratiquer en un seul temps, quand ces accidents sont menaçants. Mais, quand les heures ne sont pas comptées, on aura reeours à la colotomie en 2 temps qui fait disparaître les douleurs, permet parfois aux ulcérations de se cicatriser entièrement, et diminue dans tous les cas la suppuration.

« Seul applicable, l'anus artificiel ne peut être que définitif dans les eas de lésions étendues échappant à la dilatation ou à l'ablation.

« Dans les cas de lésions loealisées au segment rectal inférieur, la colotomie préliminaire à la dilatation, eombinée elle-même à la désinfeetion du segment intestinal isolé, en facilite l'applieation et peut en préparer le succès. En cas d'échee, elle rend l'extirpation plus faeile. Dans ees conditions, la dérivation des matières devra être *temporaire*, mais prolongée au moins pendant un an.

« Il faut ouvrir le plus haut possible le colon pelvien et créer un éperon saillant afin d'empêcher complètement le passage des matières par le bout inférieur.

« Afin d'avoir un anus artificiel capable d'une continence relative, et pour éviter le prolapsus, en même temps que l'éventration consécutive à la fermeture de l'intestin, on aura recours pour ouvrir l'abdomen à la pratique de M. Hartmann imitée de celle de Mac Burney pour l'appendicite à froid.

« Pour fermer l'anus temporaire on aura recours, après entérotomie, si l'éperon est resté saillant, à l'entérorraphie latérale ou au procédé d'occlusion de M. Chaput. »

D'ailleurs, voici, pour conclure, les différentes lignes de conduite que conseille de suivre M. Lapointe selon les eas de rétrécissements.

« 1° *Rétrécissement tuberculeux.*

« A. L'extirper, si tout le mal est accessible, mais faire d'abord l'anus iliaque, si le malade est trop faible pour supporter l'extirpation d'emblée.

« B. Faire l'anus artificiel définitif, si la tubereulose pulmonaire est avaneée dans son évolution ou les altérations intestinales trop étendues.

« 2° *Rétrécissement chez un syphilitique.*

« A. Etat général préeaire, obstruction aiguë, rectite ulcéreuse sténosante grave : eolotomie, préliminaire à la dilatation ou à l'extirpation.

« B. Pas d'accidents urgents, lésions à niveau supérieur aceessible ou paraissant tel : commeneer par la dilatation simple.

« En cas d'échee de la dilatation, recourir à l'anus artificiel et faire des lavages antiseptiques du bout inférieur.

« Après un temps de repos du reetum variable, reprendre la dilatation quand l'état local sera amélioré.

Si cette amélioration ne survient pas, ou si la dilatation est impuissante, faire l'extirpation.

Dans les 2 cas, fermer ultérieurement l'anus artificiel temporaire.

C. Lésion dont on ne peut dépasser la limite supérieure :

Tenter la dilatation et faute de mieux, arriver en dernière ressource à l'anus artificiel définitif.

« Appliquer d'ailleurs, le traitement spécifique mixte dans tous les eas de syphilis.

« 3° *Rétrécissement d'origine dysentérique.* Les indications du traitement local et de la dérivation des matières sont les mêmes que dans le cas préeédent.

« 4° *Rétrécissement par rectite inflammatoire simple* (pédérastie, blennorrhagie).

A. Accidents urgents, lésions inflammatoires ou ulcéreuses intenses.

Colotomie préliminaire à la dilation ou à l'extirpation.

B. Dans les autres cas :

Essayer d'abord la dilatation.

Si elle ne donne aueun résultat, dériver le eours des matières.

Ultérieurement pratiquer la dilatation ou l'extirpation secondaire.

Fermer enfin l'anus artifieiel. Dans ce dernier groupe de sténoses la colotomie sera donc toujours temporaire.» Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ordre des Médecins.

Réponse à M. le professeur Brouardel

Par le Dr Lassalle (de Lormont),
Vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le Dr Brouardel vient de publier un beau livre sur *la Responsabilité médicale* ; presque en même temps a paru dans la *Revue des Deux-Mondes* un article extrait de cet ouvrage, dans lequel notre émi-

nent confrère fait la critique, très modérée d'ailleurs, des projets d'institution d'un Ordre des médecins. Cette opposition qui me cause une vive surprise, m'apporte en même temps un pénible devoir, en m'obligeant à rompre des lances contre un maître éminent, pour lequel je ressens la plus sincère et la plus respectueuse sympathie, contre un confrère qui a donné tant de preuves de dévouement à la cause de nos intérêts professionnels. Mais M. Brouardel, se souvenant que dans cette question de l'Ordre des médecins, j'ai assumé un rôle d'apôtre, me pardonnera, j'en suis sûr, de revendiquer en cette circonstance la vieille devise :

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

Ma surprise est légitime, car je croyais pouvoir compter parmi les partisans de la réforme que j'ai l'honneur de défendre celui qui, dans son dernier discours présidentiel à l'Association des Médecins de la Seine, prononçait les paroles suivantes :

« La profession médicale souffre de la pléthore de ses membres, elle se trouve *en présence de mœurs nouvelles*, les victimes de la profession augmentent de nombre, la lutte devient chaque jour plus acharnée, *elle inspire mal quelques-uns des combattants*; notre devoir à nous, représentants de l'Association des Médecins de la Seine, *est d'avertir les Pouvoirs publics, de leur montrer qu'il faut nous aider* à assurer au médecin la possibilité d'exercer sa profession dans les conditions qui depuis des siècles lui ont valu le respect de tous les membres de la société. »

Or, je le demande loyalement à M. Brouardel, que pouvons-nous réclamer aux Pouvoirs publics pour empêcher ou restreindre ces défaillances et ces fautes professionnelles qui l'attristent autant que moi, sinon une institution qui ait mission d'en connaître et pouvoir de les réprimer, c'est-à-dire un Ordre des médecins ou des Conseils armés par la loi de pouvoirs disciplinaires ?

On pourra disserter, discuter, ergoter tant qu'on voudra, on sera toujours forcé de s'incliner devant cette vérité inéluctable : c'est que, pour empêcher l'homme de faillir ou l'arrêter dans la voie du mal, il n'y a que deux freins : la conscience ou la loi ; qui est doué de conscience n'a pas besoin de loi, qui n'a pas de conscience doit tomber sous le coup de la loi. Devant des abus intolérables et toujours grandissants, il est indispensable que la loi régulatrice intervienne. Cette loi, disent nos adversaires, aurait plus d'inconvénients que d'avantages réels ; elle rencontrerait pour sa création et surtout son application des difficultés insurmontables. J'ai déjà, dans mon rapport de juin, démontré le mal-fondé de ces assertions ; mais, puisque pour faire triompher une idée il faut ne jamais se lasser de la défendre, je suis décidé à recommencer mon plaidoyer autant de fois qu'il sera nécessaire.

Je ne m'attacherai cependant à réfuter aujourd'hui, que les objections que j'ai rencontrées dans le récent travail de l'illustre doyen.

L'objection à laquelle il a consacré le plus de développement, c'est la difficulté ou même le danger que soulèverait un Ordre des médecins pour l'appréciation des *doctrines médicales.*

Notre distingué contradicteur s'est donné là une peine bien inutile, attendu que dans aucun des projets publiés, dans l'esprit, ni dans l'intention d'aucun des promoteurs de la réforme, il n'a été questions de donner aux Chambres disciplinaires pouvoir d'apprécier, ni de juger les doctrines médicales.

Dans le projet Surmay, qui est considéré comme le plus draconien de tous, il est dit formellement à l'article 3 « *Nul ne pourra être inquiété à raison de ses doctrines médicales.* »

Je répéterai donc, après notre si regretté collègue de Ham, que tout médecin inscrit à une Chambre médicale pourra suivre à son gré Hippocrate ou Galien, être vitaliste, dynamiste ou organicien ; choisir entre les microbes ou les microzymas, ou rejeter les uns et les autres ; se déclarer partisan ou détracteur de la sérothérapie et de l'opothérapie, adepte farouche de l'antisepsie ou continuateur du pansement sale ; il sera libre, absolument libre, pour exercer son art selon ses convictions, dans les limites de la dignité, de la moralité et de la sécurité publiques.

Cette objection erronée, que nous venons de rencontrer sous la plume d'une personnalité aussi autorisée, nous donnerait déjà le droit de dire combien sont généralement peu fondées les préventions que nourrissent beaucoup de confrères contre l'organisation que nous préconisons.

Mais continuons l'examen des arguments que nous oppose M. Brouardel. Tirant parti des différences, qui séparent la profession d'avocat de la nôtre, il conclut que nos Conseils de discipline ne pourraient ni apprécier facilement les fautes professionnelles, ni surtout faire exécuter leurs décisions.

Examinons un peu. Pour les fautes que j'appellerai vénielles, pour les infractions à nos lois déontologiques, très nettement formulées dans divers Codes et pour les sanctions disciplinaires qu'elles comportent, on voudra bien reconnaître que la procédure sera toujours simple et facile. J'estime que des médecins ne sauraient être plus embarrassés que des avocats ou des notaires, pour apprécier un cas d'indélicatesse professionnelle, un oubli des règles de la confraternité, pas plus que pour adresser un avertissement ou un blâme au confrère incriminé.

Quant aux fautes graves pouvant entraîner la suspension ou la radiation définitive, je conviens que les décisions seront moins facilement exécutoires dans l'Ordre des médecins que dans l'Ordre des avocats. Mais, faut-il, lorsqu'on poursuit une œuvre nécessaire d'assainissement professionnel et d'intérêt social, se laisser arrêter par quelques difficultés pratiques ? On nous dit qu'autant il est facile d'empêcher un avocat de plaider, autant, il sera difficile d'empêcher un médecin de continuer l'exercice de son art. Je l'accorde. Mais je répondrai, d'abord, qu'une fois radié de nos chambres médicales, le médecin qui enfreindrait la condamnation rendue contre lui ne nous regarde plus ; il tombe sous les pénalités, qui régissent l'exercice illégal ; l'œuvre de la justice ordinaire commence ; et je m'empresse d'ajouter, qu'alors même que les parquets et les tribunaux pourraient, comme le supposent nos contradicteurs, continuer à ces confrères déchus l'indulgence étrange qu'ils ont trop souvent réservée aux charlatans sans diplôme, je soutiens, dis-je, que cette répudiation officielle publique, des indignes qui nous déshonorent, n'en constituerait pas moins un avantage moral considérable pour notre corporation.

Ici se pose la question de droit soulevée par M. le professeur Brouardel.

Peut-on retirer à un médecin un diplôme qui est sa propriété ? « L'Etat, dit M. Brouardel, page 45 de son ouvrage, délivre au médecin un diplôme qu'une fois donné, il n'a plus la faculté de retirer. »

Cette assertion a lieu de nous surprendre dans la bouche d'un médecin légiste, surtout dans celle du commissaire du gouvernement, qui a pris une part si active à l'élaboration et à la discussion devant les Chambres de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine. Cette loi dit, en effet, textuellement à l'article 25 :

« La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin ou officier de santé, qui est condamné :

1° A une peine afflictive et infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, vol et escroquerie, pour crimes et délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal.

« En cas de condamnation, prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du minis-

tère public, être frappé par les tribunaux français de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession. »

Voilà donc la question de droit nettement établie, tranchée. M'objectera-t-on que la déchéance temporaire ou définitive du diplôme n'est prévue ici que pour des délits ou crimes de droit commun ? Je n'en suis nullement embarrassé. Qu'a voulu le législateur ? Créer la possibilité d'enlever à un homme, convaincu d'indignité, l'exercice d'une profession qui, plus qu'aucune autre, exige des garanties de dignité, de probité et de moralité. Or, peut-on soutenir que les indignes que nous visons offrent ces garanties ?

Les charlatans diplômés qui, par des annonces mensongères, des réclames immondes, spéculent sur l'ignorance et la crédulité publiques; les membres de ces faux instituts, de ces officines d'exploitation de la souffrance humaine qui, à des centaines de lieues, dirigent le traitement de malades qu'ils n'ont jamais vus, ni auscultés, ni examinés, ont-ils rien de commun avec les praticiens consciencieux qui se livrent aux plus minutieuses investigations cliniques pour établir leur diagnostic et leur médication ? Et ces industriels malhonnêtes ne sont-ils pas autant et plus dangereux pour la santé et la sécurité publiques que le médecin qui, dans un moment de défaillance, aura été entraîné à un abus de confiance ou à un crime passionnel ?

Un peu plus loin, M. Brouardel s'apitoie sur le sort du médecin radié. « L'avocat rayé du barreau, dit-il, peut gagner sa vie autrement qu'en mettant sa parole au service de ses clients ; le médecin à qui l'on défendrait d'exercer sa profession serait condamné à vivre dans le plus profond dénûment. »

Cette considération ne me touche guère.

Si on devait se laisser arrêter par ce dangereux sentimentalisme, il faudrait également renoncer à toutes les mesures de préservation sociale ; mais, pour rester sur le terrain du droit professionnel, je demanderai simplement à mon éminent confrère s'il a songé à l'avenir réservé aux officiers auxquels on retire leur brevet quand ils ont commis une faute contre l'honneur ; et pourtant ce brevet que leur enlève un *tribunal d'exception* est bien pour eux, comme pour nous, une propriété, un droit qu'ils avaient conquis à la suite d'examens ou de concours, et j'ajoute que ce droit ils l'avaient encore scellé parfois de leur sang versé au service de la patrie !

Il me reste à examiner les critiques formulées par M. Brouardel au sujet de l'une des plus importantes attributions que nous réclamons pour l'Ordre des médecins, je veux parler des faits de responsabilité médicale. Je prétends que la nécessité de faire juger par une juridiction réellement compétente des actes professionnels, dont la technicité ne peut être discutée, cette nécessité, dis-je, devrait à elle seule suffire pour faire adopter la création des Chambres médicales. Avons-nous besoin de déclarer ici, que nous n'avons point la ridicule prétention, qu'on nous a prêtée, d'enlever aux tribunaux ordinaires la connaissance des fautes professionnelles, ayant le moindre caractère d'un délit ou d'un crime de droit commun ? Non, nous n'avons pas la naïveté ou l'outrecuidance de réclamer pour les médecins l'irresponsabilité ou l'impunité de tous leurs actes. Nous reconnaissons hautement que le privilège conféré par le diplôme a été créé moins dans leur intérêt personnel que dans l'intérêt public, et qu'il ne saurait en aucun cas assurer un bill d'immunité à la fraude, à la cupidité, à l'immoralité.

Et si, quelque jour, une Chambre médicale se trouvait en présence d'actes relevant de la justice ordinaire, elle n'hésiterait pas à appliquer cette belle maxime de Pajot : « Les devoirs confraternels s'effacent devant les droits de la vérité. »

Mais nous revendiquons énergiquement pour des Chambres médicales le droit exclusif de juger tous les actes où la mauvaise foi et l'intention criminelle doivent être écartées ; et nous sommes vraiment stupéfaits d'avoir à défendre, en l'an de grâce 1898 une doctrine que soutenait déjà en 1835 devant la cour de Cassation l'illustre procureur général Dupin. Nous empruntons les lignes qui suivent aux conclusions déposées devant la Cour suprême par le célèbre jurisconsulte à propos de la mémorable affaire Thouret-Noroy, conclusions publiées à la page 32 et suivantes du *Traité* de M. Brouardel :

« Mais s'il s'agit de décider si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la tenter, adresse ou maladresse à l'exécuter : si avec tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi : ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile et tomber sous l'examen des tribunaux. »

Ces lignes, en même temps qu'elles sont un désaveu formel des prétentions usurpatrices de la magistrature actuelle, n'établissent-elles pas l'utilité et la raison d'être des Chambres médicales que nous réclamons ?

Il est vrai que M. Brouardel croit que le jugement d'un expert, d'un juge unique responsable est préférable à un Conseil de médecins qu'il appelle un *anonymat irresponsable*. Eh bien ! mon éminent confrère me permettra de lui dire que je suis confondu de l'entendre formuler une pareille opinion, après les événements récents qui ont démontré de si triste façon les dangers de l'*expert unique*. Certes, nous nous empressons de reconnaître que si tous les experts possédaient sa valeur et son autorité, la cause de la justice et de la vérité n'aurait jamais rien à redouter. Mais que de fois, hélas ! cette cause sacrée a été compromise par des médecins légistes auxquels on ne pouvait cependant contester ni la conscience, ni le savoir. Ah ! c'est que, il faut avoir le courage de le dire, beaucoup d'experts, au contact journalier des hommes de loi, subissent une dangereuse métamorphose. Le médecin chargé des expertises légales devient trop souvent l'esclave de sa fonction : il se laisse gagner par tous les préjugés judiciaires ; au lieu de se confiner étroitement dans sa mission scientifique, il se dévoue à l'accusation ; il n'a plus qu'un souci, c'est de la renforcer, entraîné malgré lui par cet état d'âme criminaliste qui voit des coupables dans tous les accusés, des criminels dans tous les malheureux dénoncés ou emprisonnés. Mais alors même que l'expert unique posséderait toutes les qualités désirables, y compris l'infaillibilité, il n'en resterait pas moins un simple auxiliaire, un subalterne de la magistrature qui a le droit d'accepter ou de rejeter ses conclusions. Or, ce que nous demandons, c'est le droit exclusif pour nos Chambres de juger souverainement nos actes purement professionnels.

M. Brouardel craint que l'impartialité de ces Chambres ne soit ni admise par l'opinion publique, ni réelle, il redoute l'influence des rivalités, de l'*invidia medicorum*, etc. Ces craintes ne sont pas justifiées. En ce qui concerne l'opinion publique, je lui rappellerai le concert unanime de protestations indignées, de risées, d'injures qu'a fait entendre toute la presse, sans distinction de nuance, contre ces magistrats étonnants, s'érigeant en professeurs d'obstétrique, dans l'affaire de notre infortuné confrère Laporte, et je prends acte de cette attitude si énergiquement significative pour affirmer que l'opinion publique accepterait très volontiers une réforme qui est conforme à l'équité, au bon sens et à l'intérêt social. Déjà, à l'occasion de la triste affaire Thompson, plusieurs organes de la grande presse ont formulé des vœux en faveur de la création d'un Ordre des médecins.

Quant à la crainte de voir nos Chambres exercer sur nous-mêmes une action oppressive, tyrannique, elle n'est pas davantage fondée, et M. Brouar-

del oublie sans doute qu'au-dessus d'elles il y aura (c'est du moins ma conception et je n'en admets pas d'autres), il y aura, dis-je, un Conseil général de l'Ordre qui aura pour mission de réformer ou de casser les jugements, qui ne lui paraîtraient pas empreints d'une parfaite équité. Osera-t-on contester encore l'autorité et l'impartialité de ce tribunal suprême, dont les juges seront recrutés parmi les membres les plus dignes et les plus éminents du Corps médical? La chose n'est pas impossible. Nous sommes si bien les esclaves de la routine, des préjugés, des mœurs ambiantes, qu'on peut s'attendre à voir les mêmes gens qui admettent une autorité discrétionnaire, une compétence universelle chez un homme quelconque affublé d'une toque de magistrat, contester, à des médecins honorables et savants entre tous, le pouvoir de connaître et de juger des questions que seuls ils ont approfondies de façon toute spéciale. Oh! je reconnais que de temps à autre nous nous révoltons contre des iniquités et des abus qui dépassent trop la mesure: à de certaines heures, comme dans l'affaire Laporte, une explosion de colère et d'indignation s'échappe de toutes nos âmes; mais, hélas? nous sommes tellement envahis par la veulerie ou le je-m'en-fichisme contemporains, que ces nobles enthousiasmes et ces saintes colères sont bien vite dissipés, et lorsqu'on nous demande d'affirmer, par un effort, un acte de virilité ou un léger sacrifice, nos sentiments d'indépendance et de solidarité professionnelles, nous sommes déjà retombés dans cette inertie, cette indifférence égoïste, qui sont le grand danger des corporations comme des nations menacées.

Et pourtant, nous sommes loin de désespérer. Nous avons, au contraire, l'espérance fondée de voir se rallier à nos idées tous les confrères qui ont un réel souci de nos intérêts corporatifs. Ceux qui se laissent encore griser par la magie de certains mots; liberté, indépendance, reconnaîtront un jour que la vraie liberté ne saurait exister sans frein régulateur et que, dans notre domaine professionnel, comme sur le terrain social, la liberté illimitée, la tolérance abusive ne profitent qu'aux audacieux sans scrupules, aux indignes et aux fripons?

Nous espérons surtout que les hommes qui, comme M. Brouardel, recherchent loyalement tout ce qui peut contribuer au relèvement moral et matériel de notre corporation reconnaîtront bientôt que la mesure la plus sérieuse et la plus efficace, c'est l'institution que nous avons l'honneur de défendre.

Quant à nous, plus que jamais convaincus que seul, un Ordre des médecins pourrait remédier aux maux dont nous souffrons et prévenir la décadence irrémédiable de notre chère profession, nous poursuivrons énergiquement notre campagne, soutenus par une foi profonde dans l'avenir.

Les résistances, d'où qu'elles viennent, pourront nous étonner, pourront nous affliger; elles ne sauraient jamais ni nous décourager, ni nous abattre.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Oise.

Séance du 16 janvier 1898.

Présidence du Dr Maurat, de Chantilly.

Etaient présents: MM. Maurat, Crouzet, Demmler, Debray, Warde, Monin, Zègre, Parmentier, Jacquot, Manières, Klewskowsky, Vincent-Martin, Chopinet.

Excusés: MM. Wurtz, Leroy, Maillet, Cézilly, Bouvier.

M. le docteur Maurat expose à l'Assemblée, qu'il avait invité à la réunion et au dîner notre conseil judiciaire, M. Caplain, avoué à Compiègne.

Il lit une lettre fort humoristique de notre distingué défenseur, qui regrette vivement que la grippe le prive du plaisir d'être avec nous.

L'Assemblée exprime l'espoir que cette indisposition n'aura pas de suites.

L'ordre du jour appelle la question de l'assistance médicale gratuite.

Le Président expose que des nombreux renseignements qu'il a recueillis de toutes parts, il résulte que nos confrères ont adopté dans cette question, une manière de faire qui n'est pas partout identique.

Les uns ont absolument refusé de voir les indigents sans une lettre du maire garantissant le paiement des honoraires au tarif voté par le Syndicat. D'autres se croyant engagés pour l'année courante ont soigné les indigents à l'abonnement, mais ont informé les Mairies ou la Préfecture qu'ils n'entendaient plus continuer ainsi en 1898.

Tel le docteur Bouvier, qui nous écrit dans ce sens, ce matin.

D'autres, par lassitude ou par excès d'humanité, ont visité les indigents sans tenir compte de leurs visites, oubliant qu'ils faisaient ainsi le jeu de l'Administration qui ne demande qu'à voir soigner les indigents, sans qu'il en coûte rien.

Quelques autres enfin, oublieux de leurs engagements écrits, ont continué à assurer le service dans les conditions déterminées par le règlement préfectoral, c'est-à-dire à l'abonnement.

C'est ici le cas de faire remarquer que des médecins, hommes intelligents et instruits, ou réputés tels, se montrent absolument inférieurs aux ouvriers sans instruction, en ne comprenant pas que, de l'union seule, peut résulter l'amélioration d'une profession qui, de l'avis unanime, devient de plus en plus difficile.

Une discussion s'engage ensuite et chacun expose sa manière de faire, ainsi que celle de ses voisins les plus proches.

Les Médecins de la région de Noyon se sont tous entendus, ont posé leurs conditions, qui sont celles du Syndicat, à tous les Maires des localités dans lesquelles ils exercent, et ces Maires se sont engagés à les payer.

Les Médecins de Creil ont tous déclaré à la municipalité de cette Ville qu'ils entendaient faire dorénavant le service de l'Assistance, à la visite, aux frais de la Ville, sans intervention de la Préfecture.

A ce sujet, le Président expose que d'une conversation qu'il a eue avec un des hauts fonctionnaires du Service de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur, il résulte que, si au début, on était, en haut lieu, peu disposé à accorder l'autonomie aux communes qui en faisaient la demande, on n'avait pas tardé à changer d'avis, et que, au contraire, actuellement, l'autonomie communale serait accordée à tous ceux qui en feraient la demande, sous la réserve que la commune renoncerait aux subventions du département et de l'Etat, que la loi actuelle ne permet pas de donner.

Il ajoutait même qu'on étudiait actuellement, au Ministère, les modifications à apporter à cette

loi, pour que ces subventions puissent être délivrées *même dans le cas d'autonomie*.

Nous savons tous ce que valent et ce que durent les études de modifications à apporter aux lois ; mais nous pensons qu'en tout état de cause, une voie est ouverte à ceux de nos confrères qui exercent dans des communes riches, à savoir l'entente avec les municipalités, comme à Noyon et à Creil, sous la réserve que les Médecins exerçant dans une même localité renoncent à une concurrence honteuse et déshonorante et proposent des conditions identiques.

Nous avons appris qu'il en est ainsi à Pont-Sainte-Maxence et dans nombre d'autres communes.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à se tenir fermement dans cette ligne de conduite qui est la sauvegarde de notre dignité et de nos intérêts.

L'assemblée est d'avis que la formule à adopter doit être : Ignorer la Préfecture, les relations étant devenues impossibles entre le corps médical et cette administration.

Compagnies d'Assurances contre les Accidents.

L'ordre du jour appelle la discussion de la conduite à tenir à l'égard des Compagnies d'assurances contre les accidents.

Après discussion, l'assemblée adopte les conclusions suivantes, qu'elle conseille aux membres du Syndicat :

1° Accepter la somme de 6 francs par constatation d'accident et de reprise du travail pour chaque sinistre, mais sans soins, pansements ou conseils médicaux qui seront toujours comptés en sus. En cas de déplacement nécessaire, 1 franc par kilomètre d'éloignement.

En cas d'accident grave, nécessitant un rapport, il sera dû en plus 5 francs pour la rédaction dudit rapport.

2° Dans le cas où la Compagnie aura garanti les soins médicaux, ils seront intégralement payés par elle, au tarif applicable à la catégorie sociale à laquelle appartient le blessé, *sans aucune réduction* et sans préjudice des frais de constatation prévus au paragraphe premier.

Adhésion à l'Union des Syndicats.

L'ordre du jour appelle la question de l'adhésion à l'Union des Syndicats.

Après avoir examiné la ligne générale que suit actuellement l'Union des Syndicats, à laquelle nous avons antérieurement adhéré, et après discussion, l'assemblée vote, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat médical de l'Oise, réuni à Creil le 16 janvier 1898,

Considérant :

Que l'Union des Syndicats avait été, dans l'origine, créée dans le but de représenter et de défendre tout spécialement les intérêts des médecins de province, différents de ceux des médecins de Paris ;

Considérant que cette Union semble dévier de plus en plus du but visé à son origine ;

Que les médecins et le Syndicat médical de Paris y occupent une place de plus en plus prépondérante ;

Déclare ne plus adhérer à l'Union des Syndicats médicaux de France jusqu'au jour où elle rentrera dans la voie primitivement fixée.

Sou Médical.— Avant de terminer la séance, le Président appelle spécialement l'attention de ses confrères sur la nouvelle création de la Société civile du Concours médical : le *Sou Médical quotidien*, œuvre de défense professionnelle.

Il en expose le but et engage ses confrères à donner leur adhésion à cette organisation éminemment confraternelle. Plusieurs adhésions se produisent immédiatement et l'Assemblée, approuvant cette œuvre, engage vivement nos confrères absents à y adhérer.

Les détails de cette organisation ont été publiés dans le numéro du 8 janvier 1898 du *Concours médical*.

La séance est levée ; un joyeux dîner confraternel termine la journée.

Le Secrétaire-Trésorier, Dr JACQUOT.   *Le Président,* Dr MAURAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Résultats du concours d'agrégation. — Il s'est terminé le 19 février par les nominations suivantes :

Faculté de Paris. — MM. Teissier, Thiroloix, Vaquez, Dupré, Méry.

Faculté de Lyon. — MM. Pic, Paviot.

Faculté de Lille. — MM. Carrière, Deléarde.

Faculté de Montpellier. — MM. Raymond, Vires.

Faculté de Toulouse. — M. Frænkel.

Faculté de Bordeaux. — M. Hobbs.

Nos lecteurs seront heureux de se joindre à nous pour adresser des félicitations particulières à MM. Thiroloix, Pic, Vaquez, qui furent à divers titres, et resteront de précieux collaborateurs de notre Société.

— Parmi les promotions honorifiques récentes, nous avons encore à mentionner les suivantes :

Officier de l'Instruction publique : M. le Docteur Speckhahn, de Renwez (Ardennes).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Bernard, de Dinard (Ille-et-Vilaine), Braillon, de Nesle (Somme), Brunet, de Ballancourt (Seine-et-Oise), Juventin, de Nice (Alpes-Maritimes), Persillard, de Saint-Benoît-sur-Loire (Loiret).

Cadavres et travaux pratiques à la Faculté de Paris. — Le nombre des sujets pour la dissection et les exercices de médecine opératoire est ridiculement insuffisant dans notre grand centre d'instruction médicale. C'est ainsi que, si l'on en croit le rapport au Conseil de l'Université, les 933 étudiants qui ont suivi la dissection pendant l'hiver n'ont pu disposer que de 453 sujets, pour la plupart autopsiés et réduits aux quatre membres : un demi-sujet incomplet par étudiant. De même, pour la médecine opératoire, chaque étudiant n'a pas un sujet entier pour pratiquer les opérations de son programme.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4248. — M. le Docteur DASSONVILLE, de Roubaix (Nord), présenté par M. le Directeur.

N° 4249. — M. le Docteur SOUESME, de Montargis (Loiret), membre du Syndicat du Loiret.

N° 4250.— M. le Docteur THIERRY, de Saint-Mihiel (Meuse), membre de l'Association des médecins de la Meuse.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Dubois, de Limoges (Haute-Vienne), Genty, d'Amiens (Somme), Méric, de Saint-Sulpice-de-Lezat (Haute-Garonne), Dartigue, de Simorre (Gers), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 11 12 Mars 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'encombrement de la profession médicale.

M. le Dr Hameau, président de la Société locale de la Gironde, vient de publier, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, un fort intéressant article sur la crise médicale.

Notre confrère établit, dans cette étude suffisamment documentée, que le nombre des médecins exerçant en France est resté le même, depuis près d'un demi-siècle, tandis que la population avait subi une légère augmentation. Il en conclut, avec raison, que l'encombrement général n'existait pas, *en l'année* 1896, où la statistique indiquait la présence d'un médecin par 2.564 habitants.

Cette constatation exacte serait, à coup sûr, rassurante pour l'avenir, si nous n'avions pas à mettre en regard l'accroissement considérable du nombre des étudiants. Mais celui-ci est tel, s'il faut en croire le Doyen de la Faculté de Paris, admirablement placé pour être bien renseigné, « qu'il nous promet, d'ici quinze ans, une augmentation constante du nombre des médecins, « jusqu'au triple de ce qu'il est aujourd'hui ! »

Il est donc inévitable que l'encombrement général, né d'hier (*de* 1897, *si on le veut*), atteigne déjà, vers 1905, des proportions fantastiques. Or, cette date, c'est demain. Et comment obtenir, en si peu de temps, un tassement des situations, en évitant le désarroi général et les ruines accumulées ? Cette perspective n'est-elle pas véritablement effrayante pour quiconque tient à prévoir, et à se garantir contre le maximum des effets du fléau ? Et de telles considérations, fatalement justes, ne nous interdisent-elles pas toute velléité d'optimisme du genre de celle qui perce dans le travail de M. le Dr Hameau ?

Ce que notre confrère dit, d'ailleurs, au sujet de la répartition des médecins, dans diverses régions du pays, n'est pas fait pour rasséréner nos esprits :

« Mais l'inégale répartition est bien plus manifeste encore, si l'on compare entre eux tous les départements français, en prenant, comme repère, « la moyenne générale : *2,564 habitants pour un médecin*. Soixante départements ont des chiffres supérieurs et vingt-sept seulement sont au-dessous. « Parmi les premiers, neuf (Morbihan, Finistère, « Haute-Loire, Ardèche, Haute-Savoie, Côtes-du-« Nord, Hautes-Alpes, Savoie, Loire) comptent de « 5,000 à 7,000 habitants par médecin ; trente-six en « comptent de 3,000 à 5,000. Parmi ceux qui sont « au-dessous de la moyenne, dix-huit comptent « de 2,000 à 2,500 habitants par médecin et neuf en « comptent de 1,138 à 1,954 ; ce sont les Alpes-Maritimes, la Seine, le Gers, la Haute-Garonne, l'Hérault, la Gironde, les Bouches-du-Rhône, les Hautes-Pyrénées et l'Aude. »

Ainsi, neuf départements avaient déjà beaucoup trop de médecins, dix-huit en avaient trop, une trentaine étaient dans de bonnes conditions, neuf comportaient des vides à remplir, et quelques-uns pouvaient supporter une augmentation.

Or, en vertu des habitudes de nos imprévoyants concurrents de l'avenir, nous verrons les nouveaux diplômés envahir successivement les régions les plus garnies déjà, y entamer des luttes ruineuses pour tous, avilir les prix, dégrader la profession dans des mœurs commerciales, pactiser avec tout ce qui nous est hostile. Et moins

que jamais, la profession nourrira son homme.

L'encombrement relatif s'ajoutera à l'encombrement général, et presque partout, en une quinzaine d'années, nous aurons perdu le pain quotidien, si nous l'attendons de notre diplôme.

Tableau trop noir, dira peut-être M. Hameau!

Ah! cher confrère, nous souhaitons vivement de nous tromper; nous souhaitons de tout cœur que vous ayez raison contre nous. Mais plus, on regarde auprès et au loin, plus on se renseigne et écoute, plus aussi l'inquiétude nous gagne. Cette année, les grandes villes s'encombrent, l'an prochain ce sera le tour des petites, et deux ans plus tard les bourgades seront touchées. Le mouvement s'accentue toujours dans ce sens, et rien ne fait prévoir qu'il doive s'arrêter, pour partir en sens inverse, et atténuer l'effet désastreux de l'augmentation du nombre total.

Comme nous ne sommes pas, ici, du nombre des gens qui savent de l'excès du mal attendre le retour du bien, vous nous pardonnerez d'avoir cherché à réagir contre la trop grande tranquillité d'esprit que pourrait créer, chez nos confrères, votre parole autorisée. Et nos vues pessimistes, en cette matière, se sont si bien accentuées, depuis un an, qu'en élaborant l'organisation du *Sou médical*, le Conseil de direction a mis à l'étude le plan d'un système de *Meilleure répartition des clientèles*, dont l'exécution deviendra bien réalisable, quand nous aurons reçu toutes les adhésions attendues.

Pourquoi pas la vôtre?

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La surdité et le microphonographe

Notre éminent et sympathique collègue de la Presse, le Dr *Laborde*, dont les découvertes ont déjà rendu tant de services à l'humanité (comment s'expliquer la virginité de sa boutonnière!), a communiqué récemment à la Société de Biologie, les résultats de ses travaux sur l'application du phonographe à l'éducation du sens de l'ouïe chez les sourds et les sourds-muets congénitaux, en un mot, chez les sourds fonctionnels. L'appareil employé par M. Laborde est le microphonographe Dussaud : c'est un phonographe, dont on entend les sons non pas au moyen de tubes acoustiques, mais bien par l'intermédiaire d'un microphone (d'où son nom) et d'un récepteur téléphonique.

« Cette disposition, dit M. le Dr Capitan, dans un article de la *Médecine Moderne*, présente des avantages considérables lorsqu'il s'agit de faire entendre des sons, (parole ou musique) aux personnes atteintes de surdité. Ce dispositif transforme, en effet, *l'onde aérienne* que transmet le tube acoustique du phonographe ordinaire, en une *vibration de plaque* (vibration de la plaque du téléphone), et, fait tout à fait remarquable, tandis que la vibration aérienne n'est que très difficilement et très rarement perçue par le sourd ou le sourd-muet, la *vibration d'une plaque*, par contre, est beaucoup plus accessible aux ouïes faibles, parce qu'elle prend certains des *caractères des bruits*. On sait, en effet, que les bruits sont plus facilement perçus que les sons définis.

« Le *microphonographe*, non seulement fait subir aux sons une transformation importante au point de vue de leurs propriétés physiologiques, mais en outre, grâce à l'ébranlement mécanique du microphone par la plaque vibrante du phonographe, les sons atteignent une puissance *plusieurs milliers de fois supérieure* à celle obtenue en se servant simplement de l'onde aérienne (voix nue). D'un autre côté, en disposant la plaque vibrante du récepteur téléphonique, *en contact* avec l'oreille du malade, on obtient, par l'intermédiaire du téléphone tout entier, qui touche l'oreille, une sorte d'ébranlement mécanique par contact, dont le nombre des vibrations varie avec chaque note ou chaque syllabe donnée par le microphonographe.

« C'est donc, dans certains cas, des chocs (massage vibratoire) se répétant quelques centaines de fois par seconde et qui procurent au sourd-muet des sensations variées, correspondant, dans une mesure relative, à celle que nous nommons des *sons*.

« Mais, ce n'est pas encore tout ce que le *microphonographe* peut donner. L'intensité du son du *microphonographe* étant proportionnelle à celle du courant électrique actionnant le microphone, on peut par le maniement d'un rhéostat, faisant varier l'intensité de ce courant, juger *en quelques secondes et à coup sûr* de l'état de surdité plus ou moins absolu du sujet. Le microphonographe constitue donc un *audimètre* des plus sensibles, et permet de constater les améliorations de l'ouïe ou ses états successifs, suivant les périodes d'un traitement ou aux divers stades de la vie humaine.

« M. Laborde résume comme suit les avantages du nouvel appareil sur le phonographe ordinaire, relativement aux sons engendrés :

« 1° Ils sont considérablement renforcés ; 2° Ils ont plus de netteté ; 3° Ils peuvent être réglés à volonté dans leur intensité, en sorte que l'instrument constitue en même temps un *audimètre* des plus sensibles ; 4° Ils peuvent être entendus de nombreuses personnes à la fois, grâce aux communications multiples du téléphone ; 5° Enfin, ils peuvent être entendus à de très grandes distances (2,000 kilomètres, soit de Paris à Saint-Pétersbourg, au moyen d'un simple fil téléphonique). »

« Rien n'est curieux comme d'observer un sourd qui, au moyen de l'appareil, éprouve, en entendant pour la première fois, une sensation qui lui était jusqu'alors inconnue. Il manifeste à la fois son étonnement et sa joie. Or, ce résultat peut être précisément obtenu grâce à cette remarquable méthode, par la mise en action de vibrations puissantes, aériennes et mécaniques à la fois, qui mettent en jeu l'oreille et les tissus du voisinage. Aussi, lorsque le sujet ne présente pas encore de sclérose trop intense, on peut pour ainsi dire réveiller sa perception auditive.

« Il y a là, on le voit, plus qu'un appareil, mais une méthode absolument scientifique et toute nouvelle. »

Le scorbut infantile.

Le scorbut infantile, ou maladie de Barlow, est caractérisé par la présence d'épanchements sanguins sous-périostiques, siégeant principale-

ment au niveau des os des membres inférieurs, et principalement aux gencives, lorsque la maladie se montre après l'éruption des premières dents. Ce qui distingue le scorbut infantile des autres anémies, c'est son arrêt immédiat sous l'influence du lait frais, et des jus de légumes et de fruits frais.

L'enfant est pâle, anémié, immobile ; il ressemble à un rachitique, qui crie dès qu'on lui touche les membres et qui craint qu'en l'approchant, on ne le remue et on ne le fasse souffrir.

« En même temps que s'accentue la pâleur de la peau, on peut voir se produire, dit M. *Moizard*, des hémorrhagies cutanées, dans les cas graves. Mais elles sont rares ; il en est de même des petites taches purpuriques. C'est aux gencives, qu'existe la lésion caractéristique. Elle rendrait le diagnostic toujours facile, si elle était constante ; mais elle manque toujours, quand les dents n'ont point encore paru. *Pas de dents, pas de lésions gingivales.* Au contraire, si une ou plusieurs dents ont déjà fait leur apparition, les gencives sont toujours lésées, soit au moment où paraissent les douleurs dans les membres, soit un peu postérieurement. Au niveau des dents, les gencives sont d'abord injectées, épaissies : puis elles deviennent granuleuses, végétantes même ; leur coloration, de rouge devient noirâtre ; elles sont douloureuses à la pression et exhalent une odeur fétide ; à leur surface, se produit un suintement sanguinolent, qui peut être assez abondant. Ces lésions provoquent d'assez vives douleurs, qui font crier l'enfant et entravent sérieusement son alimentation. L'examen du sang a démontré la diminution des globules rouges et du taux de l'hémoglobine.

Tels sont, rapidement esquissés, les symptômes de la maladie de Barlow. La durée est variable suivant le nombre et l'intensité des lésions. Les cas légers ou moyens guérissent généralement en deux ou trois mois. Les cas graves peuvent durer six mois. La mort a lieu par le fait des maladies intercurrentes (pneumonie, diarrhée, fièvre éruptive).

Il ne faut pas confondre la maladie de Barlow avec l'ostéomyélite à foyers multiples, que l'on peut rencontrer chez les petits enfants, comme chez les enfants plus âgés. La fièvre existe toujours dans ces cas ; mais, elle peut être peu marquée, et comme elle existe dans quelques cas de maladie de Barlow, l'erreur est possible. Albibert a montré qu'on pouvait confondre ces faits d'ostéomyélite du jeune âge avec la pseudo-paralysie syphilitique. La confusion est possible également avec le scorbut infantile. Dans l'ostéomyélite, cependant, le processus est plus aigu ; la peau, au niveau des lésions, est souvent épaissie, injectée ; enfin, si la fièvre peut être peu prononcée, elle est en tout cas plus marquée que dans la maladie de Barlow, où elle est exceptionnelle. On ne la confondra pas avec des fractures, ni avec un sarcome de l'œil, dans le cas où l'exophtalmie, liée à un hématome orbitaire, serait le principal symptôme. Un examen attentif, un interrogatoire minutieux des parents, éviteront une pareille erreur.

Le traitement est des plus simples. Cette maladie, rare au-dessous de 5 mois, ayant son maximum de fréquence de 5 à 18 mois, s'observe uniquement chez les enfants nourris artificiellement avec des conserves de lait ou de farine et ne se rencontre jamais chez les enfants élevés au sein. Le traitement consistera donc à suspendre tout aliment autre que le lait frais. On prescrira, à dose variable, suivant l'âge et la tolérance de l'enfant, des jus de fruits ou des végétaux frais (oranges, citrons, raisin), du jus de cresson très bien toléré par l'enfant qui n'avait pris que difficilement le jus de citron prescrit tout d'abord.

Lait frais comme unique aliment, jus de fruits ou de végétaux frais, voilà le seul traitement des accidents, qui ont été si bien étudiés par Barlow.

Le traitement local consiste en une légère compression ouatée, au niveau des parties tuméfiées et douloureuses Jamais d'action chirurgicale. Les incisions au niveau des parties tuméfiées n'ont été que le fait d'erreurs de diagnostic. Pas de frictions, pas de massages.

L'enfant doit être tenu dans une immobilité aussi complète que possible. On ne donnera pas de bains : ils nécessitent des mouvements, et déterminent des douleurs. L'enfant sera habillé d'une façon très simple, afin qu'il soit aussi peu dérangé que possible quand on le changera. Il faut qu'il aille à la selle dans une position horizontale. Barlow recommande comme appareil d'immobilisation, dans les cas où des lésions multiples rendent tout mouvement douloureux, une auge en bois, bien ouatée, où l'enfant peut reposer tout à fait à plat, et dans laquelle il peut être transporté sans secousses. Il faut en effet éviter, dans ces cas graves, tout mouvement, non seulement à cause de la douleur, mais encore en raison des fractures épiphysaires qui peuvent en être la conséquence. Il est très utile d'exposer l'enfant le plus possible à la lumière du soleil et au grand air. L'appareil de Barlow permet de remplir cette indication capitale sans remuer l'enfant. Lorsque la guérison s'accentue, les mouvements des membres reparaissent ; mais il ne faut pas laisser l'enfant essayer de se tenir debout, car une fracture peut survenir pendant la convalescence.

Barlow conseille aussi l'huile de foie de morue, quand les symptômes du scorbut ont disparu.

La sérothérapie dans l'ozène.

Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de la nouvelle méthode de traitement de l'ozène par la sérothérapie.

M. Lombard, interne à la clinique oto-laryngologique de Lariboisière, vient de publier dans *les Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, une série de faits nouveaux montrant qu'à côté des résultats très favorables qu'elle peut donner, cette méthode peut ne réussir que médiocrement.

D'après M. Lombard, la « quantité de sérum injectée en une seule fois, a toujours été relativement faible et n'a pas dépassé, du moins au début, 5 centimètres cubes. L'expérience d'ailleurs a démontré rapidement que les fortes doses facilitaient l'apparition des accidents, sans amener une amélioration plus rapide ou plus marquée. On a toujours laissé un espace de deux, trois ou quatre jours entre chaque injection.

« Les quantités totales ont été en moyenne de

125 à 130 centimètres cubes. Mais elles se sont élevées jusqu'à 200 centimètres cubes et même jusqu'à 225 centimètres cubes. Elles ne sont ni en rapport avec l'intensité de l'affection, ni avec l'âge du malade. Dans un cas, 125 centimètres cubes n'ont pas donné de résultat durable, tandis que la disparition de l'odeur s'est maintenue chez deux malades qui n'avaient reçu que 45 ou 80 centimètres cubes.

« Il semble d'ailleurs qu'une fois un certain effet atteint, l'amélioration ne progresse plus, même si l'on continue à injecter régulièrement d'assez fortes doses. Il parait nécessaire d'attendre et de recommencer une nouvelle série d'injections si l'on veut observer une plus grande amélioration.

« Tous les malades traités ont présenté à un degré plus ou moins intense des phénomènes réactionnels généraux, et, dans la plupart des cas, c'est après l'apparition de ces phénomènes que la fétidité commence à s'atténuer. »

La conclusion à retenir est celle-ci :

« Assurément, la sérothérapie est un traitement recommandable pour combattre un seul des symptômes les plus pénibles de l'ozène, la fétidité. Le traitement est certes plus facile à appliquer que les différents procédés spéciaux agissant surtout localement. Mais, on ne doit pas, dès le début, faire espérer une guérison *absolument définitive*. Le plus souvent, en effet, le résultat ne sera que temporaire. On doit, bien entendu, se mettre à l'abri des accidents graves en n'injectant que la faible dose de sérum et en tâtant en quelque sorte la susceptibilité particulière de chaque malade. »

MÉDECINE PRATIQUE

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Il y aura bientôt deux ans qu'un jeune médecin des Hôpitaux de Paris, élève de MM. Bouchard et Charrin, le Dr Widal, découvrit une propriété fort curieuse du sérum des typhiques. Cette propriété est la suivante : une goutte de sérum d'une personne atteinte de dothiénentérie, mélangée à un bouillon de culture pure de bacille d'Eberth, produit une *agglutination* presqu'immédiate des bacilles de cette culture, parfaitement apparente au microscope. Telle est la réaction agglutinante connue sous le nom de séro-diagnostic de Widal.

« Avant M. Widal, certains expérimentateurs avaient vu que le sérum d'animaux immunisés amène le développement en amas de certains microbes. Charrin et Roger avaient observé le phénomène pour le bacille pyocyanique, Metchnikoff, pour son vibrion et pour le pneumocoque, etc.

Cette réaction était un fait de pure constatation, sans que personne ait pu, jusqu'à Widal, en tirer des conséquences pratiques, sauf pour la différenciation des microbes entre eux. On croyait, en effet, que la réaction agglutinante ne s'observait qu'avec le sérum des immunisés. M. Widal montra que cette propriété existait, au contraire, dès la période d'infection, pour la fièvre typhoïde, et, dès lors, la séro-réaction devint un procédé de diagnostic applicable au lit du malade (1). »

La fièvre typhoïde n'offre pas toujours les symptômes bruyants et caractéristiques que décrivent les traités classiques. Dans nos climats, on rencontre parfois des fièvres typhoïdes légères, dont le diagnostic ne laisse pas que d'être fort délicat, et dont, cependant, les complications péritonéales et intestinales peuvent être aussi graves que dans les formes intenses. Dans les climats tropicaux et dans les régions palustres, le médecin est souvent fort perplexe pour distinguer une dothiénentérie d'une malaria plus ou moins larvée. « Or, comme le fait remarquer M. le Dr *Coudeyras*, de Châtelaillon (Charente-Inférieure), dans sa thèse, jusqu'à ce jour, combien de fièvres typhoïdes légères étaient méconnues ! Et comment en aurait-il été autrement, lorsque les symptômes et les données épidémiologiques mêmes venaient les confondre ? Grâce à la séro-réaction, il est désormais possible de les distinguer, et des conséquences précieuses en découlent pour le pronostic et le traitement. La perforation intestinale est le danger qui menace les typhiques, si légèrement atteints soient-ils, et un régime non approprié doit en assumer souvent la responsabilité. Il est donc de la première importance, de déterminer ces formes légères entre les autres états morbides, car ne pourrait-on pas répéter à leur sujet, que bien connaître son ennemi, c'est l'avoir à moitié vaincu ? » (2).

Or, avant la connaissance du séro-diagnostic, on ne pouvait chercher à différencier le typhus ambulatorius et les embarras gastriques fébriles, que par l'étude de la courbe thermique ou par l'histoire rétrospective des symptômes observés.

Que de diminutifs, que de circonlocutions n'a-t-on pas imaginés, pour couvrir l'ignorance de la véritable nature de maladies mal caractérisées ? Fièvre synoque, fièvre saisonnière, fièvre muqueuse, typhoïdette, typhus ambulatorius, typhus levissimus, typhus abortif, infection palustre à forme typhique, grippe à forme typhoïde, pneumonie à forme typhoïde, etc. Il serait superflu d'insister davantage, pour montrer l'importance d'une méthode qui, au début même de la maladie, permet de dire sûrement qu'il s'agit de l'infection par le bacille d'Eberth.

I

TECHNIQUE DE LA MÉTHODE DU SÉRO-DIAGNOSTIC.

On peut pratiquer la séro-réaction de diverses façons :

1° On fait tomber du sérum provenant de la personne supposée typhique, dans un tube de bouillon ensemencé aussitôt après, avec le bacille d'Eberth et porté à l'étuve à 37° : le bouillon est préparé avec :

Eau....................	100
Peptone...............	2
Sucre..................	1

et parfaitement stérilisé ; le sérum ajouté doit être dans la proportion de 1 pour 10.

Le développement du bacille d'Eberth paraît retardé dans son évolution. Au bout d'un temps, qui varie entre 4 et 7 heures, des grumeaux com-

(1) *Le Monde médical*, 1898, n° 92, page 24.

(2) *Thèse de Paris*, 1897, chez Paul Delmar.

menceront à se former et au bout de 12 à 24 heures, le bouillon, au lieu d'être uniformément trouble, avec un aspect moiré spécial, comme une culture pure de bacille d'Eberth, est presque complètement clair. Au fond du tube, les microbes sont amassés sous forme de flocons blanchâtres, que l'agitation n'arrive pas à dissoudre. Parfois, le bouillon peut se troubler dans toute son étendue ; mais ce trouble est dû à une fine poussière d'amas microbiens, que révèle le microscope.

2° On peut encore mélanger le sérum à un bouillon déjà ensemencé et à l'étuve depuis un ou deux jours. Si le sérum est très actif, la culture laissée à la chambre ou à l'étuve à 37° perd son trouble uniforme et au bout de quelques heures, il se forme un précipité de grumeaux, tandis que le reste du bouillon se clarifie de plus en plus. (*Monde médical*, 1898.)

Ces deux procédés sont fort précis, mais lents et peu pratiques au lit du malade. M. Widal recommande d'employer plutôt le procédé suivant : On lave la pulpe d'un doigt du malade au sublimé et à l'alcool, on sèche à l'éther et on pique la peau avec une lancette stérilisée. On place la main dans une position déclive, on masse le doigt de haut en bas pour en faire couler le sang, que l'on recueille dans un petit flacon aseptique. Au bout de quelques minutes, le sérum commence à se séparer du caillot. Ce sérum est conservé dans le flacon bien hermétiquement bouché et gardera sa propriété agglutinante pendant plusieurs jours. On peut donc l'envoyer à un laboratoire même éloigné, pour le faire examiner par un bactériologiste comme des crachats de tuberculeux ou des membranes de diphthériques. Pour les grandes villes qui possèdent un institut bactériologique ou un laboratoire biologique, rien n'est donc plus simple pour les praticiens non familiarisés avec les recherches microbiennes et microscopiques, que de faire pratiquer la séro-réaction : a Paris, par exemple, le laboratoire municipal de la rue Lobau, qui fait déjà les recherches de bacilles de Loeffler dans les membranes diphthériques, peut se charger de pratiquer le séro-diagnostic, avec un petit flacon de sérum bien aseptiquement recueilli.

En province, les cliniciens pourront s'adresser au laboratoire de bactériologie le plus rapproché ou dans les grandes pharmacies où l'on se charge de ces recherches. A ce sujet, qu'on nous permette de formuler un desideratum : Il serait à souhaiter que les Syndicats médicaux s'occupassent, ou bien de fonder dans leur chef-lieu un laboratoire médical de ce genre, ou bien de s'entendre avec une officine sérieuse déjà organisée à Paris ou dans un grand centre, pour faciliter les relations de chaque praticien de la campagne avec les bactériologistes professionnels, dont le contrôle s'imposera de plus en plus.

Mais revenons à notre sérum typhique ; il est recueilli, comme nous l'avons indiqué, puis expédié à un laboratoire de recherches. Comment va-t-on le soumettre à l'épreuve de la réaction agglutinante ? Il importe d'employer une culture en bouillon, jeune de 24 heures, dont on aura reconnu la pureté, car, dans certaines cultures, il peut se former spontanément des pseudo-amas. On doit donc s'assurer, au microscope, de la mobilité des bacilles et de l'absence de pseudo-amas. Cela fait, on mélange dix gouttes de culture avec une goutte de sérum.

« Si l'on place une goutte de ce mélange entre lame et lamelle, on voit immédiatement, en cas de réaction typhique. des amas de bacilles agglutinés les uns aux autres et, entre ces amas, des bacilles mobiles plus ou moins nombreux. Si ces amas n'offrent pas toute la netteté désirable, il faudra laisser reposer la préparation une demi-heure. Il importe en effet, dit Widal, pour conclure à l'existence d'une fièvre typhoïde, que les amas ne soient pas seulement caractéristiques, mais qu'ils soient nombreux, confluents, répandus sur toute la lamelle, à la façon des îlots d'un archipel. Il faut que le phénomène soit franc et net, pour éviter toute confusion avec les pseudo-amas que l'on observe parfois avec les sérums normaux. »

Afin d'éviter toute cause d'erreur, on a cherché à mesurer le pouvoir agglutinant du sérum au moyen du microscope. M. Widal a indiqué un procédé, qui consiste à rechercher combien de fois, une goutte de sérum ou de sang du malade agglutine de gouttes pareilles de culture.

Pour un même malade, il faut, autant que possible, se servir de bouillon composé de la même façon, d'une culture du même échantillon, de même âge, soit 24 ou 48 heures.

Pour faire la mensuration, on commence par examiner, au microscope, une goutte du mélange à 1 p. 10 et on peut se rendre compte, avec un peu d'habitude, si l'agglutination est faible, moyenne ou intense.

Si elle paraît faible, ou moyenne, on prépare une dilution à 1 p. 50 et une autre à 1 p. 100 et on les examine au microscope, en commençant par la plus faible. Si la dilution à 1 p. 50 ne donne pas d'agglutination, on fait d'autres dilutions à 1 p. 40, à 1 p. 30, à 1 p. 20. Si au contraire la dilution à 1 p. 50 donne une agglutination on essaie la dilution à 1 p. 100.

On exprime le résultat en disant que le sang ou le sérum agglutine à 1 p. 100, par exemple, lorsqu'une goutte agglutine 100 fois son volume de culture.

M. Paul Courmont, de Lyon, indique dans *la Revue de Médecine* (octobre 1897) une méthode à peu près analogue :

« On emploie toujours le procédé rapide, et la prise du sang au bout du doigt ; ce sang sera dilué une ou plusieurs fois selon l'intensité connue ou présumée du pouvoir agglutinant ; si on ne le diluait pas, il faudrait une série de gouttes de sang à répartir dans 10, 50, 100, etc., gouttes de culture et par conséquent une assez grande quantité de sang et surtout de culture.

« Pour éviter cet inconvénient, voici comment nous procédons : prenons, par exemple, un cas où le pouvoir agglutinant sera probablement entre 1 pour 50 et 1 pour 500. On a à sa disposition une série de petits tubes en verre et des pipettes (à partie renflée autant que possible pour augmenter leur capacité). Répartissons la culture dans les tubes aux doses suivantes ; 5 gouttes, 10 gouttes (2 tubes), 20, 30, 40 et 50 gouttes. La répartition est faite avec la même pipette qui servira à la prise du sang, pour que les gouttes soient de même volume.

« Dans un des tubes de 10 gouttes (tube 1) laisser tomber 1 goutte de sang (ce tube servira, si

besoin est. à la constatation de la séro-réaction type) ; agiter et reprendre immédiatement avec la même pipette (qu'on aura rincée) des gouttes qu'on répartira dans les tubes de 5, 10, etc., gouttes. Notre sang ayant ainsi été dilué au dixième dans le premier tube, nous avons dans les tubes suivants des mélanges à 1 pour 50, 1 pour 100, etc.

« On peut diluer le sang dans du bouillon stérile au lieu de culture, si on craint la formation immédiate des amas dans le tube 1.

« En pratique, ce procédé donne de bons résultats, à condition d'agir rapidement. L'examen des tubes doit être fait au microscope au bout d'un certain temps, qui sera toujours le même, sous peine de n'avoir pas des résultats comparables d'un examen à l'autre ; le temps de deux heures nous semble le meilleur, pour réduire au minimum les causes d'erreur.

« Il ne faut jamais se fier à l'examen à l'œil avec les mélanges de culture et de sang, surtout dans ces proportions. On examine au microscope successivement une goutte de tous les tubes jusqu'à ce qu'on ne constate plus d'amas et que tous les bacilles soient mobiles et on note le résultat. Comme parfois plusieurs tubes présentent à la fois des amas et des bacilles mobiles en quantité variable, il faut se tracer une règle fixe pour la notation du résultat. Pour nous, nous indiquons comme résultat le chiffre du dernier tube où nous constatons une majorité d'amas et quelques bacilles mobiles seulement. En pratique nous notons à chaque examen, à part ce résultat, le tube où il n'y a que des bacilles mobiles et celui où tous les bacilles sont agglutinés ; le chiffre intermédiaire entre ces deux extrêmes est le plus exact. Au bout de quelque temps de pratique ce manuel opératoire est très rapide ; on ne regarde, alors, pas tous les tubes, mais d'abord ceux où l'on pense que l'agglutination est faite et d'après ce premier résultat on voit les limites dans lesquelles il faut rechercher l'agglutination. Une mensuration du pouvoir agglutinant ne prend pas en moyenne plus de quelques minutes, lorsqu'on y est habitué.

« Si on s'adresse à des malades, dont le pouvoir agglutinant est très élevé, on peut faire une première dilution plus étendue. Si le typhique est examiné pour la première fois, on peut faire un essai extemporané à 1 pour 50, 1 pour 200 et 1 pour 500 par exemple, examiner les tubes au bout de peu de temps et se baser sur ce premier résultat pour faire une mensuration plus exacte. Il est inutile de multiplier les dilutions et de chercher une exactitude absolue par l'emploi de doses variant à peine de quelques gouttes ; en pratique, des dilutions à des degrés variant de 1 pour 20 à 1 pour 50 entre chaque tube, suffisent largement, les écarts du pouvoir agglutinant étant assez considérables le plus souvent entre deux numérations et les différences notables ayant seules de l'importance. »

Pour terminer cette question de la technique du séro-diagnostic, nous ferons remarquer que même « les cultures mortes du bacille d'Eberth sont agglutinables par le sérum des typhiques. Le sang total détermine également la séro-réaction ; il en est de même du sang desséché. Cette propriété permet de faire parvenir du sang suspect aux laboratoires et d'être fixé sur la nature de la maladie. On voit l'importance de ce fait en médecine légale et en hygiène, au point de vue des épidémies.

« Le sang n'est pas le seul liquide de l'économie qui possède la réaction agglutinante ; il la laisse transfuser dans les autres humeurs de l'économie.

« L'urine possède parfois le pouvoir agglutinant, mais ce pouvoir est faible, inconstant, irrégulier et disparaît si l'on filtre l'urine sur une bougie de porcelaine.

« La réaction agglutinante est toujours très intense dans la sérosité des vésicatoires ; on l'observe aussi dans le liquide de l'œdème, dans le pus, le lait des nourrices atteintes de fièvre typhoïde, les larmes, les sérosités pleurales, péricardiques, péritonéales ; la propriété agglutinante se transmet de la mère au fœtus » (1).

II.

APPLICATIONS CLINIQUES ET PRONOSTIQUES.

Grâce aux nombreuses recherches de MM. Widal, Thiroloix, Catrin, Courmont, Haushalter, on sait déjà quelle valeur on doit attribuer à la réaction agglutinante pour établir le diagnostic et avoir quelques aperçus précis sur le pronostic de la fièvre typhoïde.

Tout d'abord, l'apparition de la réaction agglutinante est variable : le plus souvent, on l'observe dès le 7e jour, mais elle peut exister beaucoup plus tôt; ainsi Thiroloix et Catrin l'ont constatée le 4e jour, Haushalter le 3e jour, Johnston et Taggart le 2e jour. Parfois la réaction est retardée et n'est rencontrée que le 10e, 12e, 15e jour, ce qui a fait dire à Widal qu'un résultat négatif obtenu avec le sérum d'un malade suspect fournit une probabilité contre le diagnostic, mais ce n'est qu'une probabilité, surtout si la recherche a été faite dès les premiers jours ; l'examen devra être répété les jours suivants, et la probabilité est d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie.

D'ailleurs, comme l'a montré M. Courmont, la séro-réaction, étudiée pendant tout le cours de la maladie, permet de dresser comme pour la température, une courbe dite courbe du pouvoir agglutinant (P. A.) du sérum, fort intéressante à étudier. Cette courbe a, comme la courbe thermique, une période ascendante, un fastigium, et une période descendante.

Période ascendante. — Elle occupe toute la période ascendante de la température et la plus grande partie de la période d'état. L'ascension se fait avec une rapidité plus ou moins grande selon les cas.

Fastigium. — Le maximum de la courbe agglutinante se présente dans les fièvres typhoïdes normales du 15e au 20e jour ; c'est généralement au moment où commence à s'accuser la défervescence, quelquefois un jour avant ou un jour après, que le pouvoir agglutinant s'élève au maximum.

Ce fait est très important ; le fastigium du pouvoir agglutinant est atteint au moment où les symptômes d'infection, la fièvre, commencent ou vont commencer à céder ; nous sommes donc en présence d'un phénomène critique de la plus haute valeur ; l'ascension de la courbe agglutinante, au troisième septennaire, indiquera en général que la guérison est proche, souvent

(1) *Le Monde médical*, 1898.

même avant la chute thermique ; l'antagonisme entre ces deux courbes, l'une ascendante lorsque l'autre, la courbe d'infection, descend, est pour nous une nouvelle preuve de la signification de réaction de défense que prend la formation, par l'organisme, de la substance agglutinante. La constatation de ce phénomène revêtira en clinique une haute valeur pronostique.

Période de descente. — La courbe agglutinante descend d'autant plus rapidement qu'elle s'est élevée plus rapidement, plus haut et d'une façon plus précoce. Cette descente se fait à peu près parallèlement à celle de la courbe thermique, mais s'arrête avant le retour à 0, et ne descend presque jamais au-dessous de 1 pour 50, pendant le premier mois de convalescence ;

La forme générale de la courbe agglutinante est donc, le plus souvent, celle d'un *toit*, d'un *dôme* ou d'un *clocher* selon la hauteur et la rapidité d'ascension. La courbe en clocher semble se rencontrer dans les cas les plus bénins. La forme *en plateau* coïncide d'ordinaire avec les formes plus sévères, du moins au début. Le plateau peut alors, soit coïncider avec la période d'état, soit avec la fin de la période d'état et la convalescence.

Les courbes thermique et agglutinante suivent donc une marche inverse, la seconde s'élevant au moment où la première va s'abaisser, pour continuer souvent son ascension lors de la descente thermique.

Telle est la forme de la courbe agglutinante dans la fièvre typhoïde normale de moyenne intensité. Dans les formes frustes, légères ou bénignes, la courbe agglutinante montre que le pouvoir du sérum est faible et notablement retardé. Il s'élève parfois tardivement à la convalescence. Dans les formes graves ou compliquées, cette courbe agglutinante est irrégulière, traînante, oscillante, descendante selon les cas ; enfin l'ascension souvent rapide et élevée de la courbe agglutinante, au moment où va s'accuser la guérison, a une signification pronostique extrêmement favorable. Dans les formes à rechute, la séro-réaction est souvent retardée et le pouvoir agglutinant souvent très faible.

« *La formation de la substance agglutinante paraît donc avoir la signification d'une réaction de défense de l'organisme* ; son maximum pourrait s'expliquer par l'exagération de la formation de cette substance de défense, au moment où l'organisme l'emporte sur l'infection ; ou bien par cette autre hypothèse que la destruction probable de la substance agglutinante, dans la rate, le foie, etc., se ralentirait à ce moment où ces organes triomphent de l'infection.

« Le point capital sur lequel s'appuie le séro-pronostic est l'élévation critique et précoce du pouvoir agglutinant, dans les formes normales, au moment où se dessinent les premiers signes de défervescence.

« Le séro-pronostic n'est qu'un des éléments du pronostic général de la maladie. C'est surtout la courbe du pouvoir agglutinant qui fournira des données cliniques, plus que les mensurations isolées.

« Elle ne prend toute sa valeur que si on la compare à la marche de la courbe thermique. A. *Séro-pronostic d'après la courbe*. 1. *Phase ascendante.* — L'ascension du pouvoir agglutinant est par elle-même de bon pronostic, d'autant plus que cette ascension est plus élevée et qu'elle coïncide avec une rémission de la température.

« 2. *Phase descendante.* — Il faut considérer deux cas. Si la défervescence thermique s'accuse parallèlement à celle de la courbe agglutinante, cette dernière annonce la guérison à la suite de l'ascension critique. Si la température s'élève ou même reste stationnaire, l'abaissement du pouvoir agglutinant devient un élément de mauvais pronostic, indiquant soit la défaite « ante mortem » des réactions organiques de défense (formes hypertoxiques, adynamiques), soit les oscillations d'une forme grave et prolongée.

« 3. *Courbe en clocher.*— Cette courbe du pouvoir agglutinant se rencontre surtout dans les formes simples et devient un élément de bon pronostic, surtout si l'ascension et la descente sont rapides, lorsque l'élévation coïncide avec la diminution des signes d'infection.

« 4. *Courbe avec plateau.* — Si le plateau est peu élevé le pronostic n'est pas amélioré (formes prolongées, à rechutes). Si le plateau est élevé, il devient un élément de bon pronostic, que ce soit pendant la période d'état ou de convalescence. Dans ce dernier cas la fièvre a été ordinairement très sévère au début.

« 5. *Courbe oscillante.* — Élément de mauvais pronostic (formes graves et prolongées) d'autant plus que les maxima sont moins élevés. B. *Séro-pronostic d'après l'intensité du pouvoir agglutinant à un moment donné.* Les données sont ici moins précises et de bien moins grande valeur.

« 1. *Un pouvoir agglutinant élevé* est par lui-même un élément de bon pronostic.

« Vers le 10e jour de la maladie un pouvoir agglutinant de 1 pour 50 à 1 pour 100 est la normale ; un pouvoir agglutinant plus élevé indique une réaction vitale, précoce et salutaire.

« A la période d'état, un pouvoir agglutinant élevé (en pratique, à partir de 1 pour 200) est favorable.

« Après la chute de la température, un pouvoir agglutinant élevé indique soit la terminaison d'une courbe élevée et à pouvoir agglutinant tenace, soit l'élévation tardive d'un pouvoir agglutinant jusque-là un peu développé, et dans les deux cas des formes sévères, au moins à un moment donné.

« 2. *Un pouvoir agglutinant peu élevé* a, le plus souvent, une signification pronostique défavorable.

« Une séro-réaction retardée ou un pouvoir agglutinant peu élevé (au-dessous de 1 p. 50), au début de la maladie (les 10 premiers jours), se rencontrent dans les formes très bénignes et les formes graves ; les rechutes sont fréquentes dans ces formes bénignes. A la période d'état un pouvoir agglutinant peu élevé (au-dessous de 1 p. 100) est un mauvais pronostic. Si jusque-là la fièvre a été sévère, on doit craindre une forme qui s'aggravera ou se prolongera. Si jusque-là la forme a été bénigne, on doit craindre une recrudescence ou une rechute (1) ».

Quant à la nature de la substance agglutinante, elle est encore inconnue. Il en est de même de son origine ; tout ce que l'on peut affirmer, c'est qu'elle n'existe que dans le cas d'in-

(1) Courmont, in *Revue de médecine*, 1897, n° 10.

fection typhoïde par le bacille d'Eberth et que, par conséquent, elle permet au médecin, lorsqu'il a constaté sa présence, d'éliminer toute hypothèse de granulie, d'endocardite infectieuse, de pneumonie typhoïde, de grippe, de septicémie, d'infection puerpérale, de coli-bacillose. C'est donc un progrès d'une extrême valeur, que doit connaître tout praticien sérieux et désireux du bien de ses malades.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Rapport de M. Thibierge sur le projet de création d'un ordre de médecins,

à la séance de la Société centrale de Paris.

« L'idée de la création d'un ordre des médecins, ou de chambres disciplinaires, a pour origine l'existence d'institutions semblables dans diverses professions libérales : les avocats et les officiers ministériels sont, depuis des époques variables, soumis, au point de vue de la discipline professionnelle, à des conseils issus du vote de chacun de ces corps : Conseil de l'ordre des avocats, Chambre des notaires, Chambre des avoués, Chambre syndicale des agents de change, auxquels incombe le soin de maintenir l'exercice de ces professions dans la voie de l'honneur et de prendre ou de provoquer, contre ceux de leurs justiciables qui les encourent, des peines disciplinaires pouvant aller jusqu'à la suspension.

« De ces conseils, le plus connu et celui dont l'exemple semble avoir suscité le plus d'admirateurs parmi les médecins, est le Conseil de l'ordre des avocats. Et, en effet, parmi ces professions, celle d'avocat est celle qui a le plus de ressemblance avec la nôtre. Toutes deux sont exercées par des hommes ayant fait, de leurs connaissances théoriques et pratiques, la preuve par une série d'examens et l'obtention d'un diplôme ; et sous la garantie de ce diplôme, la profession d'avocat, comme celle de médecin, peut être exercée, sans limitation de nombre, par tous ceux qui en sont pourvus : dans les deux professions, la valeur, la renommée, les aptitudes personnelles, l'étude particulière de certains sujets, donnant sur eux une compétence spéciale, sont les éléments du choix que le public fait entre ceux qui les exercent ; dans les deux professions encore, la rémunération des services rendus se traduit par des honoraires dont le taux est moins l'application d'un tarif que la résultante d'éléments nombreux : réputation de l'avocat ou du médecin, importance du service rendu, difficultés qu'il presente, situation pécuniaire du client.

« Les deux professions, quoique ouvertes, sont justement jalouses de l'honneur de leurs membres et l'indignité de l'un d'eux n'est pas sans porter préjudice à la réputation de l'ensemble de la profession.

« En présence de ces analogies entre les deux professions, analogies qui pourraient se poursuivre encore sur d'autres points, il était naturel de chercher à adapter à la profession médicale les institutions et les règles qui réussissent si bien à maintenir l'honneur et la réputation du corps des avocats, institutions et règles dont cette corporation se montre fière et respectueuse et dont la suppression serait pour elle le signal d'une irrémédiable déchéance.

« Si l'on s'en tenait aux comparaisons et aux analogies que je viens de rappeler, la question ne semblerait devoir soulever aucune difficulté et on conçoit facilement comment le seul mot d' « ordre des médecins » a pu paraître à quelques-uns, et non des moins avisés, le remède suprême.

« A vrai dire, s'il ne fallait, dans une question de cette importance, envisager les conditions de la réalisation avec autant et plus de soin que la question même du principe, celui-ci réunirait la grande majorité des médecins honorables, tant il est séduisant et tant il paraît *a priori* devoir apporter le remède cherché.

« Mais, si l'on veut examiner, même sommairement et dans ses grandes lignes seulement, le mode de fonctionnement d'un ordre des médecins, on se heurte à de graves objections. Parmi celles-ci, il me faut faire un choix, car le temps ne me permettrait pas de les énumérer toutes, et je dois me borner aux plus importantes.

« Supposons l'ordre des médecins constitué sur des bases analogues à celles de l'ordre des avocats ; dans l'arrondissement de Neuilly-la-Montagne, il a été nommé — non sans difficulté, car de nombreux médecins éloignés du chef-lieu ont éprouvé des obstacles absolus à quitter leurs occupations professionnelles le jour du vote — il a été nommé, dis-je, un Conseil de discipline composé, comme le Conseil de l'ordre des avocats de la même ville, des confrères les plus honorablement connus. Une dénonciation est parvenue au Président du Conseil, au sujet d'un confrère qui a pratiqué une opération absolument inutile, dans le but de toucher des honoraires élevés. Suivant la coutume, le Président a chargé un membre du Conseil de procéder à une enquête préliminaire et de faire un rapport au Conseil.

« Par une singulière coïncidence, dans la même ville de Neuilly-la-Montagne, un avocat est signalé au Conseil de l'ordre pour avoir, au moyen de pièces fausses qu'il a depuis fait disparaître, engagé un sien ami dans une affaire que celui-ci a perdue ; un rapporteur a été désigné par le bâtonnier, pour procéder à une enquête. Ces deux hommes, le médecin et l'avocat enquêteurs, qui ont à connaître de faits analogues, auront que peuvent y prêter leurs professions, vont-ils trouver pour poursuivre leur enquête des conditions identiques et des facilités ou des difficultés analogues ? Très certainement non. L'avocat va avoir à s'enquérir de l'existence et du sens des pièces écrites, qui ont été entre les mains de témoins, avocats, avoués, magistrats, habitués par profession à manier des pièces, à en saisir l'importance ; ces pièces ont été lues à l'audience, des témoignages nombreux peuvent en rétablir le sens, peut-être même le texte exact ; en un mot, il a à contrôler des faits qui se sont passés, sinon tous en public, au moins en présence de témoins compétents, qui ont eu pour acteurs des hommes de loi, des avocats vivant dans la maison de verre qu'est un Palais de justice, et que leur fréquentation journalière renseigne sur leur moralité respective. Je n'ai pas besoin, devant des médecins, d'insister sur la situation tout autre dans laquelle se trouvera le médecin enquêteur, réduit à appeler en témoignage un patient qui ne consentira peut-être pas à se déranger, dont la déposition bénévole manquera ou de sincérité ou d'exactitude, les personnes incompétentes qui ont assisté à l'opération ou qui l'ont vue à travers le trou d'une serrure, et qui aura à émettre un avis sur un confrère avec lequel il n'a jamais eu le moindre rapport, dont il ne connaît et ne peut connaître ni la valeur professionnelle, ni le taux moral.

« Voilà, au point de vue du fonctionnement, une différence capitale entre ce que peut être un Conseil disciplinaire médical et ce qu'est l'ordre des avocats.

« Mais poursuivons. Un avocat s'est rendu coupable de manquements grave à l'honneur professionnel. Le Conseil de l'ordre, qui l'a déjà frappé de blâmes répétes, connus de l'intéressé seul, se voit dans l'obligation de lui infliger une pénalité plus grave ; il le frappe de suspension temporaire ou le raye du tableau. Cette décision est facile à appliquer, et à appliquer sans bruit, à moins que l'avocat frappé n'en appelle devant la Cour, elle

n'est pas rendue publique ; il suffit qu'elle soit notifiée au procureur général ou au procureur de la République ; ce magistrat avisera le président de la Cour, le président du Tribunal et les présidents de Chambre, que M. Un tel a été frappé par le Conseil d'une suspension de tant de mois : s'il s'agit d'une radiation, le nom de M. Un tel est effacé du tableau de l'ordre, sans qu'il soit besoin de faire de notifications autres que pour la suspension.

« Cette simplicité d'application des peines les plus graves résulte de ce fait que la profession d'avocat s'exerce au grand jour et sur un théâtre restreint, en présence et sous l'autorité de magistrats siégeant en audience publique. Et ce que le Conseil de l'ordre est investi du pouvoir de suspendre, c'est l'exercice public de la profession dans la ville, où il est établi ; il ne peut empêcher un avocat suspendu ou rayé du tableau de donner des consultations juridiques ; il ne peut non plus l'empêcher de se faire inscrire à un autre barreau où le Conseil de l'ordre est moins scrupuleux ou moins vétilleux, ou simplement moins au courant des faits qui lui ont été reprochés, et, une fois inscrit à ce barreau, de plaider dans d'autres tribunaux ; on a même vu des avocats, rayés du tableau d'un ordre, et admis à un bureau différent, venir plaider devant la Cour d'appel même dont le Conseil de l'ordre les avait exclus.

« Combien différente et plus compliquée serait la marche à suivre pour assurer l'exécution des décisions d'un Conseil de discipline médical ? Est-il matériellement possible d'empêcher un médecin, suspendu de ses droits professionnels, de recevoir des malades, de leur donner des conseils, voire même de leur pratiquer des opérations, si ces malades viennent à lui ? Evidemment pas plus que le Conseil de l'ordre, en eût-il le droit et la volonté, ne pourrait empêcher un avocat suspendu de donner les consultations juridiques qu'on viendrait lui demander dans son cabinet. Allez donc faire la preuve de ce délit d'exercice illégal de la médecine, alors qu'il est si difficile de la faire contre un rebouteur ou un guérisseur. La seule sanction réelle serait dans l'impossibilité de faire exécuter les ordonnances signées par ce médecin ; mais pour cela il faudrait notifier la décision du Conseil de l'ordre aux pharmaciens, ce qui constituerait une aggravation de peine pour le médecin, et leur enjoindre de ne plus délivrer les médicaments prescrits par M. le Dr Un tel, injonction qu'ils trouveraient bien, s'ils le voulaient et sans chercher longtemps, le moyen d'éluder.

« Il y a donc, on le voit suffisamment, difficulté ou impossibilité à assurer l'exécution des décisions du Conseil de discipline portant interdiction d'exercice. Il y a plus. Dans bien des circonstances ce Conseil hésiterait à appliquer une pénalité de ce genre, qui entraînepour le médecin l'impossibilité de gagner sa vie : une rigueur aussi excessive ne serait de mise que dans des circonstances exceptionnelles, et, comme tous les châtiments excessifs ou disproportionnés à la faute, elle serait si rarement appliquée en pratique que sa crainte n'arrêterait aucun de ceux dont nous voudrions voir cesser les agissements.

« Et, d'autre part, si on limite le rôle des Conseils de discipline à celui de distributeur d'admonestations, de blâmes et de réprimandes qui ne seront connus que de leurs membres et du médecin intéressé, il y a de fortes raisons de craindre que ce rôle ne soit purement platonique, que l'efficacité de semblables Conseils ne soit pratiquement nulle. Dès lors, leur création, étant inutile serait nuisible à la profession ; dépourvus d'autorité, rendant des décisions privées de sanction possible, ils sembleraient excuser, autoriser, ou même encourager les pratiques déplorables contre lesquelles on veut les établir, et la profession tout entière serait plus que jamais rendue responsable de la faute de quelques-uns.

« Enfin, et c'est par cet argument que je terminerai ce trop long exposé, les Chambres disciplinaires ne peuvent être établies que par une loi ; c'est, en effet, de la loi elle-même que nous tenons le droit à l'exercice de la profession médicale, les Chambres n'ont de raison d'être que dans la possibilité de suspendre ce droit ou d'en provoquer la suspension.

« Le parlement, auquel nous devrions nous adresser, serait sans aucun doute, assez mal disposé à accueillir une proposition qui mettrait entre les mains du corps médical lui-même sa police intérieure ; il serait, me suis-je laissé dire, plus disposé à supprimer l'ordre des avocats qu'à établir l'ordre des médecins. Et s'il établissait ce dernier, nous pourrions être assurés que, par quelque disposition introduite dans le projet ou annexée par voie d'amendement, il nous imposerait des devoirs ou des sujétions dont les inconvénients très réels compenseraient largement les avantages, fort problématiques de la réglementation demandée. A ceux que surprendrait cette crainte pessimiste, il suffit de rappeler que la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, malgré quelques améliorations de détail, est, dans son ensemble, beaucoup plus désavantageuse, pour le corps medical, que la loi du 19 ventose, an XI.

« Tels sont, Messieurs et chers collègues, les raisons qui ont amené votre commission administrative à vous proposer de rejeter, une fois de plus, le projet de la proposition de création d'un ordre de médecins. »

M. Bazy pense que, théoriquement, tous les médecins doivent être partisans d'un ordre de médecins, et il est regrettable que la chose soit pratiquement irréalisable.

M. Lereboullet fait remarquer qu'avec le régime actuel la totalité des médecins n'est pas responsable des actes répréhensibles qui peuvent être commis par un confrère, tandis qu'après l'établissement d'un ordre professionnel, tous les membres du corps médical seraient solidaires.

A une forte majorité, la Société vote contre la création d'un ordre des médecins.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

Je désirerais bien votre avis sur les faits suivants :

Je soigne dans mon cabinet un blessé assez gravement atteint, — je réduis une luxation de l'épaule et j'immobilise le membre supérieur. — Cela fait, le malade qui est étranger à la ville, me demande de lui continuer mes soins.

Je vais le voir le lendemain matin. Il va aussi bien que possible.

Le soir, quand j'y retourne, mes pansements sont enlevés et on me dit qu'on n'a plus besoin de mes soins, qu'un autre confrère a été appelé, qui a tout défait.

Sans connaître ce confrère, je laisse échapper, à son adresse, une épithète un peu malveillante et je pars.

Mon mot est rapporté : le confrère vient me demander une explication loyale.

Je retire le mot, mais je maintiens que sa conduite est blâmable.

Lui, en vertu de ce principe que tout malade a le droit de changer de médecin, me répond que sa conduite est régulière.

Qu'en pensez-vous ?

J'avais toujours cru que tout malade en traitement ne devait jamais changer de médecin sans raison grave. Or, de raison, il n'en a pas été donné.

Veuillez agréer, etc.

Dr R. à M.

Réponse.

Le second médecin appelé ne devait lever l'appareil et prendre la suite du traitement qu'après ren-

contre et accord avec celui qui avait réduit la luxation. *Si même la famille refusait la rencontre* FORMELLEMENT, *il avait encore l'obligation de s'assurer : 1° que son prédécesseur avait été prié de ne plus se déranger; 2° qu'il avait reçu les honoraires et les remerciements légitimement dus.*

Tel est le minimum des exigences d'une déontologie adoptée par toutes les Sociétés médicales. *Elle respecte scrupuleusement la liberté des familles*, tout en fixant la règle des convenances que les médecins ont à observer à l'égard les uns des autres, par respect pour leur caractère et leur profession.

Nous ne voyons aucune excuse à invoquer, quand on s'en affranchit, si ce n'est l'ignorance absolue d'un débutant à son premier mois d'exercice.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur.

(9 *avril* 1897).

Présents. MM. Tabaraud, *Président* (Peton, Coutand, Seigneur, Levraud, Peyraudeau, Paterne, Coutand (de Mouliherne) Torteil, Farot, David, Chardonneau et Gilbert.

Excusés. MM. Gaudrez, Menut, Renon, et Perreau.

Loi sur la pharmacie.

Messieurs les Députés de la région ont répondu qu'ils prenaient bonne note des conclusions que nous avons déposées au sujet du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Voici ces conclusions :

1° Autoriser le médecin à fournir des médicaments aux personnes qui résident dans des bourgs où il n'y a pas d'officine ouverte et cela sans limitation de distance.

2° Déterminer la liste des médicaments d'urgence, les seuls que les pharmaciens pourront fournir sans ordonnance.

3° Privilège, pour le médecin établi dans une bourgade dépourvue de pharmacie, de fournir les médicaments, même après l'établissement d'un pharmacien dans la localité. Ce privilège cesserait avec le médecin qui en est l'objet.

Admission.

M. Métivier, médecin-dentiste à Saumur, a demandé à faire partie du syndicat, il a pour parrains les Dr Seigneur et Perreau. Après discussions de la candidature, M. Métivier est accepté à la majorité comme membre du Syndicat.

Déontologie.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport du Dr Chardonneau sur un règlement relatif aux usages professionnels.

Règlement.

A

Rapport entre Confrères, etc.

Article Premier. — Les Médecins ne réclament d'honoraires que des personnes qui peuvent rémunérer leurs soins.

Art. 2. — Tous rapports médicaux avec les Médecins mis à l'index sont formellement interdits.

Art. 3.— Aucun Médecin ne doit se rendre à jour fixe pour donner des consultations dans une localité où un confrère est établi antérieurement. Cette règle n'est pas applicable dans le cas où l'installation du confrère serait postérieure à l'établissement de la consultation.

Art. 4. — Nul ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement les malades d'un confrère.

Art. 5. — La qualité de *client* ne dure que pendant la maladie actuelle.

Art. 6. — Le *cabinet* est un terrain neutre où le Médecin peut donner des conseils à ceux qui les lui réclament. Il ne devra jamais se permettre vis-à-vis du client qui le consulte, aucune observation pouvant porter atteinte à la réputation ou l'honorabilité des confrères consultés avant lui.

B

Remplacement d'un Confrère absent ou empêché.

Art. 7. — Le Médecin appelé à défaut du Médecin traitant, absent, empêché ou malade, ne doit donner ses soins que pendant l'absence, l'empêchement ou la maladie de son confrère, quelle que soit l'insistance de la famille ou du malade.

A plus forte raison, le Médecin qui remplace un confrère *sur sa demande* s'interdit d'accepter près du malade la succession de son confrère pendant la maladie actuelle.

Art. 8 — En cas d'urgence absolue, s'il se trouve plus près du malade que le Médecin ordinaire, ou, en cas d'urgence simple, si le Médecin ordinaire est absent ou empêché, le Médecin doit se rendre près du malade qui le demande et faire telle prescription qu'il jugera utile. Mais il ne devra faire que cette seule visite d'urgence et ne devra pas revenir dans la maison, même pour prendre des nouvelles de son malade sans faire des prescriptions, s'il n'y est formellement invité par le Médecin traitant.

Art. 9. — Dans tous les cas prévus aux articles précédents le médecin appelé, s'il doit prescrire, prescrira suivant sa conscience ; mais il s'abstiendra scrupuleusement de toute critique ouverte ou détournée de la conduite médicale du Médecin qu'il remplace ou auquel il succède.

C

Consultations entre Confrères

Art. 10.—Quand le Médecin, induit en erreur, sera appelé auprès d'un malade déjà en traitement dans une maladie aiguë, il devra se retirer sans examiner le malade et sans rien prescrire. Avant de se retirer, il fera comprendre au malade ou à la famille, combien il est indélicat et antimédical d'appeler un nouveau Médecin en dehors du Médecin habituel et indiquera la marche à suivre pour réunir les deux confrères dans une commune consultation, si la famille le désire. Le Médecin traitant ne devra jamais refuser cette consultation.

Si le malade ou la famille exprime le désir que le consultant continue ses soins avec le Médecin traitant, les deux confrères prennent des arrangements d'un commun accord ; mais jamais, dans aucun cas, le Médecin appelé en second n'évincera le Médecin traitant.

Art. 11. — Le Médecin ordinaire *ne doit jamais refuser une consultation* quand elle lui est demandée. Il peut proposer un consultant, mais si la famille en désire un autre, il doit l'accepter quelle que soit son apparente infériorité comme âge, grade ou situation pourvu que son honorabilité personnelle ou professionnelle soit indiscutable.

Dans aucun cas, il ne peut accepter une consultation avec une personne étrangère à la profession.

Art. 12. — Toute discussion en présence du malade ou de la famille, est formellement interdite.

Art. 13. — Toute appréciation émise en dehors de la consultation et pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants, est répréhensible.

Art. 14. — Les consultants doivent éviter de modifier, sans nécessité, le traitement adopté par le Médecin ordinaire. Quand ils croient indispensable d'y apporter quelques changements, ils doivent user de la plus grande circonspection et prendre toutes les précautions propres à sauvegarder la réputation de leur confrère et à lui conserver la confiance de son malade.

Art. 15. — Le traitement convenu entre les consultants, sera appliqué par le Médecin ordinaire, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre confrère.

Art. 16. — S'il y a désaccord entre le consultant et le traitant, et que celui-ci en exprime le désir, le consultant doit faire part de ce désaccord à la famille et demander un second consultant. Si le nouveau consultant est de l'avis du premier, le traitant doit accepter leur manière de voir ou se retirer.

Art. 17. — Les rendez-vous entre Médecins sont fixés d'un commun accord.

Art. 18. — Sous aucun prétexte, le Médecin consultant ne devra pénétrer auprès du malade avant l'arrivée du Médecin traitant.

Art. 19. — Si le Médecin traitant ne se rend pas, pour une cause indépendante de sa volonté, à une consultation décidée, le consultant doit se retirer, si la consultation a lieu dans la ville qu'il habite lui-même.

En dehors de sa résidence, il examine le malade, ne formule rien, ne dit en rien sa manière de voir, et écrit au Médecin traitant pour lui communiquer son diagnostic et le traitement qu'il propose.

Art. 20. — Le consultant ne doit pas revenir dans la maison du malade, même pour prendre des nouvelles, à moins que le Médecin ordinaire ne l'y ait formellement invité ou autorisé.

Art. 21. — Tout Médecin qui a accepté d'être le consultant dans une maladie renonce par ce seul fait à devenir le successeur de son confrère dans le cours de cette maladie, à moins d'entente avec le confrère.

Art. 22. — Si le client change de Médecin (le Médecin traitant ayant jugé à propos de se retirer), le consultant peut continuer à venir en cette qualité avec le nouveau Médecin ordinaire.

Art. 23. — Les consultants règlent d'un commun accord le chiffre et le mode de perception des honoraires.

Art. 24. — Le choix de consultant laissé au Médecin ordinaire, est pris, autant que possible, dans le Syndicat.

D

Rapports des Médecins avec le Syndicat.

Art. 25. — Tout Médecin syndiqué ne pourra poursuivre devant les tribunaux un confrère, sans en avoir préalablement référé au Syndicat.

Art. 26. — Lorsqu'un Médecin, sans avoir fait acte d'opposition politique, aura été révoqué d'une fonction publique, le confrère appelé à le remplacer ne pourra accepter sans en avoir préalablement référé au bureau du Syndicat.

Art. 27. — Lorsqu'un Médecin, sans provocation de sa part, aura essuyé des insultes ou des procédés humiliants de la part d'un client, à l'occasion de l'exercice de sa profession, il pourra en faire part au Président du Syndicat qui avertira, s'il y a lieu, tous les confrères susceptibles d'être appelés par ce client de n'avoir à lui donner aucun soin avant que le confrère n'ait reçu satisfaction.

Art. 28. — Toute divulgation, au dehors, d'un fait, d'une discussion, d'un avis, d'une proposition émise par un confrère au cours d'une réunion syndicale, de nature à lui porter préjudice vis-à-vis du public ou dans sa clientèle, est formellement interdite. Les membres du Syndicat, réunis dans leur salle de délibération, doivent pouvoir discuter en toute liberté.

Art. 29. — Tout membre du Syndicat qui aurait à se plaindre d'une divulgation qui rendrait toute discussion des intérêts professionnels impossible ou dangereuse et serait la négation des principes de confraternité qui doivent régner dans une association syndicale, aurait le droit de porter une plainte écrite au Président qui devrait réunir le Bureau. En cas d'impossibilité par le Président, assisté du Bureau, de concilier les confrères et le fait étant dûment établi, le Président, d'accord avec le Bureau prononcerait la réprimande.

Art. 30. — En cas de récidive, l'exclusion pourrait être prononcée, le confrère entendu, en Assemblée générale.

Pour copie conforme,
Le Secrétaire,
Dr J. GILBERT.

Après une discussion approfondie à laquelle prennent part MM. Forst, Chardonneau, Seigneur et Tabaraud, les articles sont successivement adoptés. Ce code sera imprimé et distribué aux membres du Syndicat.

M. le docteur Peyraudeau demande quelle est a conduite à tenir vis à vis des médecins non syndiqués. L'Assemblée décide qu'il n'y a pas lieu de les mettre systématiquement à l'index, mais qu'il est préférable de s'adresser à un confrère syndiqué.

Ordre des médecins.

A l'unanimité, l'Assemblée a émis un vœu favorable à la création d'un ordre de médecins.

Assistance médicale.

Au sujet de l'Assistance médicale gratuite, tous les confrères ont demandé la simplification des écritures. La seule présentation des ordonnances devrait suffire.

Ils demandent aussi qu'en cas de constatations, les experts soient pris parmi les membres du syndicat médical.

Le secrétaire,
Dr GILBERT.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Les membres du Concours dont les noms suivent ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les Docteurs Durand, d'Arcueil (Seine), Morice, de Paris, Piechaud, de Paris, Reulos, de Villejuif (Seine), Yvon, de Paris.

Officiers d'Académie : MM. les Docteurs Audollent, de Paris, *Pelaprat*, de *Paris*, *Roché*, *de Chatel-Censoir* (Yonne), Zibelin, de Paris.

Journalistique. — A dater de ce jour, le Dr Marcel Baudouin est chargé de la *Rédaction de la Gazette Médicale de Paris*, sous la direction de M. le Dr de Ranse.

Congrès de Montpellier. — L'ouverture aura lieu le 12 avril, à 10 heures du matin.

Le même jour, à 2 heures : Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (Rapporteurs : MM. Bard, Revilliod, Vergely).

Mercredi. — Associations microbiennes et infections mixtes (MM. Malvoz, Spillmann, Widal).

Jeudi. — Opothérapie (MM. de Cérenville, Gilbert, Carnot, Mossé).

Visites et excursions suivant le programme habituel des Congrès.

(Cotisation : 20 francs pour les docteurs, 10 fr. pour les étudiants et les membres des familles des congressistes, donnant droit à toutes les invitations et excursions. S'adresser au professeur Carrieu, 10, rue Jeu-de-Paume, Montpellier.)

Résultats du concours de l'internat. — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite. Ce sont MM :

1. Guillain, Lœper, Poulain, Guéniot, Joseph Girard, Pagniez, Durand-Viel, Duval, Petit, H. Bourgeois, Bonnel, Lenglet, Desjardins, Géraudel, Léo,

Boricaud, Louis Roche, Toupart, Brécy, Pestemalzoglu.
21. Jeannin, Sikora, Chifoliau, Loubet, Ferrand, Esmonet, Lejonne, Auffret, Gouraud, Monsseaux, Blandin, Neveu, Deschamps, Monod, Babonneix, Maubert, Stanculéanu, Tesson, Croisier, Gauchery.
41. Guisez, Milhiet, Henri Berthier, Lacapère, Louis Le Sourd, Férouelle, Lippmann, Ribierre, Chauveau, Alglave, Janot, Herscher, Armand Degorce, Lamouroux, Sicard, Kendirdjy, Géraud, Judet, Labbé, Leroy.
61. Mauté, Bisch, Quiserne, Levesque, Heitz, Cathelin.

NOMINATION DES INTERNES PROVISOIRES.

Voici, classés par ordre de mérite, les noms des candidats nommés internes provisoires.
Ce sont MM. :
1. Jules Lévy, Prat, Elias, Georges Weill, Silhol, Tourlet, François Le Sourd, Huguier, Morichau-Beauchant, Cathala, Audistère, Emile Coudert, Gimbal, Katz, Balthazard, Pédebidou, Bosvieux, Guibal, Meuriot, Lefas.
21. Benj. Weill, Robert, du Pasquier, Roché, Pamard, Léri, Grenet, Sabatié, Laubry, Nollet, Kahn, Armand Delille, Gauckler, Dambrin, Godineau, Daniel, Gougis, René Follet, Tardif, Nicaise.
41. Gennet, Max Bertrand, Mircouche, Paul Chevalier, Gasne, Mlle Pariselle, Louis Moret, Chevrey, Henri Voisin, Saint-Cène, Bentz, Girod, Gaston Legros, Detot, Chapotin, Lance, Sebilleau.

L'acquittement du Dr Laporte. — La Justice, mieux renseignée, vient de rendre un verdict d'acquittement conçu dans les termes que l'équité faisait prévoir et que nous pressentions, l'autre jour, en donnant notre impression sur l'audience de la Cour d'Appel. Les témoignages des commères y sont appréciés à leur juste valeur; les conclusions techniques des experts sont déclarées insuffisantes pour entraîner la responsabilité inscrite à l'article 39 du code pénal.

Devant ce résultat, qui donne pleine satisfaction au Corps médical, en même temps qu'au sympathique et malheureux prévenu, nous comprenons de moins en moins l'article de la *Gazette des Hôpitaux* du 22 février. A en croire notre confrère, l'élan de solidarité, la souscription, la critique autorisée des conclusions des experts, peut-être même, quoiqu'on ne le dise pas, la protestation contre l'incarcération préventive, tout cela fut faute lourde. Il convenait de se tenir coi, d'accepter l'expertise, et de s'en rapporter à une *action de nos représentants autorisés* (?) qui parviendraient à faire admettre à la magistrature, que même en cas de lourde faute opératoire, il n'y a pas de responsabilité pour le médecin, qu'il doit être acquitté. Comme vient de le rappeler M. le Dr Lacassagne, c'eût été demander, ou plutôt, attendre les bras croisés, le renversement quasi-spontané d'une jurisprudence qui date de 50 ans. Nous n'étions vraiment pas fondés à concevoir de telles espérances, et, devant le fait acquis, nous ne sommes pas encore portés à la contrition, au sujet de l'attitude par nous prise dès le début. D'ailleurs, l'argumentation de la *Gazette* est-elle bien solide, quand on y peut relever des contradictions, comme celles que nous soulignons, en ce passage qui contient toute la thèse :

« Mettre la discussion sur ce point n'était-ce pas « laisser sous-entendre à des juges incompétents « qu'il y avait intérêt majeur à nier la faute. *Le doc- « teur Laporte a fait une faute, disent les experts* ; il « n'en a point fait, proclament les autres.

« Devant ces opinions contradictoires, les juges « s'en remettent aux opinions de leurs experts qu'ils « ont choisis, qui ont vu et étudié les pièces, et en « l'honorabilité et la science desquels ils ont placé « leur confiance. *Et la faute admise, la condamna- « tion en a été la conséquence.* Aussi en est-on à se « demander si la sentence n'a pas été la résultante « d'une discussion quelque peu à côté.

« Pourquoi, nous le répétons, n'avoir pas accepté « la faute opératoire, et réclamer, sur elle, *un ac- « quittement qui s'imposait* ? »

Si l'avenir nous réserve encore des épisodes judiciaires de ce genre, il est douteux que le Corps médical adopte la procédure scabreuse qui lui est proposée de façon si tardive, et il continuera de ne pas s'incliner devant les expertises trop affirmatives quand elles seront insuffisamment fondées. Nous publierons prochainement le jugement qui acquitte M. le Dr Laporte.

Augmentation de la patente du médecin ! — Le Corps médical a-t-il beaucoup gagné en échappant à l'impôt sur le revenu ? Il serait difficile de le dire. En tout cas le voilà menacé de nouvelles charges. Malgré la courageuse intervention de M. le Dr Pedebidou, la commission des patentes de la Chambre vient de rejeter nos doléances au sujet du payement de la patente pour deux domiciles, et de l'application de celle-ci aux locaux qui ne servent pas à l'exercice de la profession. Mais il y a mieux : cette commission a proposé d'élever le droit proportionnel, de telle façon que, là où il était du 12e il soit porté au 10e, et quand il était du 15e devienne du 12e. C'est une surélévation d'un cinquième environ, dont l'opportunité ne nous apparaît guère, car le Trésor y gagnera 300.000 fr., c'est-à-dire une goutte d'eau dans un fleuve. Ah ! ce n'est pas pour nous qu'on organise les déficits : on compte, au contraire, sur nos brillantes recettes, pour combler les trous des budgets électoraux.

Le respect des intérêts du médecin. — Alors que les Syndicats médicaux cherchent dans toute la France à diminuer la lourde concurrence que fait aux praticiens l'assistance médicale s'exerçant trop libéralement au détriment des malheureux, Montpellier vient de donner l'exemple. L'administration des hôpitaux entrant dans une voie nouvelle d'initiative dont on doit la louer, après avoir déjà tout fait pour l'amélioration des services et la création de nouvelles cliniques, a voulu concilier les intérêts du corps médical avec une charité large et bien ordonnée. Elle a supprimé les consultations externes payantes, les réservant aux malades pourvus de certificats d'indigence ; elle a décidé de même que les personnes hospitalisées à la villa Fournier ne verraient pas les soins médicaux et chirurgicaux compris dans le prix des dépenses journalières soldées à la caisse des hôpitaux. Du même coup, les abus nombreux qui résultaient de l'ancienne organisation disparaissent et on pourra désormais donner plus de temps aux malheureux que l'affluence des consultants payants forçaient autrefois à examiner rapidement.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4251. — M. le Docteur Charmoy, de Courtenay (Loiret), membre de l'Association des Médecins du Loiret.

N° 4252. — M. le Docteur Vivant, de Monte-Carlo, (Principauté de Monaco), membre de l'Association des Médecins des Alpes-Maritimes.

N° 4253. — M. le Docteur Leissen, d'Hennebont (Morbihan), membre de l'Association des Médecins du Morbihan.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Ardilouze, de Chateau-Landon (Seine-et-Marne), Fleurot, du Val-d'Ajol (Vosges), Feillet, de Plougastel (Finistère), membres du Concours Médical, et de M. le Docteur Didier, de Lille (Nord), membre de l'Association Amicale.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 12 19 Mars 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le danger des juridictions professionnelles.

L'acquittement du Dr Laporte, par un verdict où la magistrature reconnaît, sans ambages, qu'il avait été mal jugé par la neuvième chambre, donne toute satisfaction à nos esprits inquiets. Le public, tout entier, a fait le même accueil à la sentence réparatrice. Ce fut une bonne journée pour la Magistrature dont la profession, très noble, consiste à faire entendre et triompher le langage de l'équité.

Mais, pourquoi faut-il que des juridictions d'occasion, créées pour faire mieux que les tribunaux ordinaires, nous laissent retomber dans de troublantes perplexités?

Ici, c'est la graphologie, la raison d'Etat, l'inviolabilité des arches saintes, qui jettent des nuages sur un coin de l'horizon, en prétendant l'éclaircir.

Là, c'est l'Ordre des avocats, qui tâtonne devant le parti à adopter, au sujet de ses plus illustres membres, se demandant, par exemple, si on a le droit de prendre connaissance et copie d'une lettre, qui ne vous est pas adressée, et de la livrer à la publicité !

Ailleurs, c'est un savant comme M. le Dr Grimaux, qui se voit très gravement puni, sans que le grand maître de l'Université intervienne, *parce qu'ayant juré de dire la vérité ou ce qu'il considère être la vérité, il tient son serment dans le but d'éclairer la justice de son pays!*

Et enfin, dans nos propres rangs, voilà que, pour expliquer la sévérité de l'arrêt rendu contre M. Heim, on vient encore parler de dossier secret, comme si la raison d'Etat pouvait être invoquée ici. — Que de diplomatie occulte en ces sombres laboratoires, où l'on se cache pour faire la lumière. Et comme tout devient suspect, quand les arbitres de l'intérêt, de l'honneur, etc., se groupent en petites chapelles et appuient leurs arrêts sur des réticences des sous-entendus, et des documents mystérieux !

Faut-il s'étonner, après cela, que la jeunesse généreuse traduise vivement ses inquiétudes, et se lance dans des protestations bruyantes, en faveur de ceux qu'elle considère comme les victimes de ténébreuses conspirations ?

C'était à prévoir, tout simplement. M. Blanchard a semé ce qu'il récolte, s'il faut en croire les gens qui se disent bien informés. Eole fera donc bien de disparaître, pour permettre au Doyen Neptune, de calmer les flots qui ballottent la barque de l'état-major médical.

Mais M. Heim n'en est pas moins frappé.

Le huis-clos aboutit souvent à ces résultats déplorables. Souvenons-nous-en pour l'Ordre des médecins.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Influence des états pathologiques des générateurs sur la constitution des descendants.

M. le Dr *Charrin* a communiqué à l'Académie des Sciences les résultats de ses recherches concernant l'influence des états pathologiques des générateurs, sur la constitution des descendants. Il a pu observer un certain nombre d'enfants issus de mères atteintes pendant les derniers

mois de la grossesse, de différentes infections : syphilis, rhumatisme, diphthérie, influenza, oreillons, phlegmon, érysipèle, pneumonie, pleurésie, tuberculose, etc.

« J'ai vu très rarement, chez le nouveau-né, dit M. Charrin, se développer la maladie même, dont la mère était affectée, mais j'ai constaté souvent des lésions ou des troubles fonctionnels différents de la maladie maternelle, et cependant, causés par cette maladie.

« J'ai enregistré un cas de syphilis rapidement mortelle, caractérisée par des ulcérations cutanées, de la sclérose du foie, des décollements épiphysaires, etc. Ce qui était particulièrement digne de remarque, c'était l'intensité. l'étendue des dégénérescences muqueuse et fibreuse du placenta. L'altération du filtre placentaire avait-elle facilité le passage de l'agent pathogène ?

« J'ai vu, d'autre part, une femme souffrant d'arthropathies multiples, mobiles, fébriles, qui furent modifiées par le salicylate de soude ; elle donna naissance à un garçon, qui avait également des gonflements périarticulaires, au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes ; l'administration d'un peu d'antipyrine les améliora. La mère et l'enfant ont guéri.

« Pour les autres infections, je n'ai jamais constaté l'hérédité directe.

« Tantôt les rejetons sont nés à terme avec toutes les apparences de la santé ; tantôt il y a eu avortement, mort prématurée ; enfin, j'ai réussi à déceler des anomalies avec une fréquence plus grande, au moins dans mes cas, que chez les enfants issus de parents normaux.

« D'une manière générale, quand ces enfants de femmes infectées naissent à terme, leur poids est inférieur au poids moyen des rejetons de mères parfaitement saines ; les difformités, les malformations sont chez eux moins exceptionnelles : becs-de-lièvre, pieds bots et autres anomalies, qui rappellent ces monstruosités que M. Gley et moi, avons obtenues expérimentalement, chez les animaux intoxiqués par les produits microbiens.

« La croissance s'opère moins régulièrement, moins promptement ; au lieu des augmentations quotidiennes de 30 à 35 grammes, on constate que l'accroissement du poids ne dépasse pas 20 grammes et que, même, il peut être nul.

« Les enfants libres de toute hérédité morbide, placés dans un calorimètre spécial du professeur d'Arsonval, rayonnent environ 8 à 9 Cal., en un temps qui varie de quarante à soixante minutes ; introduits dans ce même calorimètre, les rejetons de mères infectées, habituellement ne dégagent, dans le même temps, que 7, 6, 4 Cal.

« Les urines de ces enfants sont ordinairement plus toxiques que celle des nouveau-nés normaux.

« Injectées dans les veines du lapin, aux doses considérables de 100 à 180 grammes par kilogramme, les urines des sujets nés de parents sains produisent parfois la mort ; l'animal qui n'a pas été tué sur le coup survit définitivement.

« Les urines des nourrissons nés de parents malades, fréquemment moins pauvres en urée et en matière colorantes, provoquent parfois la mort immédiate, quand on les injecte dans les veines du lapin à une dose voisine de 90 grammes par kilogramme d'animal, et si l'animal ne succombe pas immédiatement, sa survie est, dans nombre de cas, limitée : il meurt au bout de quelque temps.

« Ces données relatives au poids, à la croissance, au rayonnement, à la toxicité, à la composition des urines, varient avec l'âge, avec les semaines ; (les enfants choisis avaient, le plus souvent, de un à six mois) : pour établir ces comparaisons, il convient de tenir compte de ce facteur.

« Quant à l'alimentation, elle a uniquement consisté en lait de femme ou en lait stérilisé ; les enfants normaux, les témoins, pour ainsi dire, de nos expériences, ont été pris fréquemment parmi les fils ou les filles des nourrices qui allaitaient en même temps et leur enfant et les nouveau-nés issus des femmes malades ; la qualité des aliments a donc été identique. Les doses ingérées ont oscillé entre 500 grammes et 800 grammes, le défaut de croissance tenant souvent, du moins en apparence, non à l'insuffisance de cette alimentation, mais à des métamorphoses digestives imparfaites, à une absorption incomplète ; il existe, à ce point de vue, plusieurs types de mauvaise nutrition.

A ces troubles, soit physiques, soit fonctionnels, permettant de distinguer les organismes marqués héréditairement, il convient d'en ajouter d'autres, de nature anatomique.

« Quand ces sujets anormaux succombent, il n'est pas exceptionnel de ne découvrir aucune altération viscérale ; par contre, j'ai réussi à déceler de la congestion des reins, un écartement excessif des travées du foie, une infiltration du parenchyme hépatique par de la graisse, et ces enfants n'ayant jamais pris que du lait, élément qui n'a passé, à aucune époque, pour un générateur de pareilles détériorations, aucune cause acquise ne semble être intervenue ; il est donc nécessaire, à moins d'admettre un agent mystérieux, de remonter aux parents : la mère seule était soumise à notre observation.

« Par quels procédés l'influence maternelle parvient-elle à réaliser ces désordres ? Pour répondre à cette question, on est contraint de quitter le terrain solide des faits acquis pour risquer quelques hypothèses. — Il est permis de supposer que ces dégénérescences sont dues aux toxines, dont l'existence, à la fin de la grossesse, résulte de l'évolution même du mal ; l'expérimentation proclame à la fois leur passage au travers du placenta, leurs aptitudes à créer de semblables lésions. — Il se peut aussi que ces principes aient altéré les cellules maternelles, les cellules de la génération comme les autres ; or, les tissus des nourrissons, que nous avons étudiés, dérivaient de ces cellules débilitées et des éléments aussi affaiblis sont impuissants à engendrer des parenchymes résistants : voilà pourquoi ces parenchymes ont évolué dans un sens pathologique, surtout au niveau des zones où, dans le foie précisément, l'activité vitale a exigé des efforts.

« La toxicité urinaire augmentée prouve d'ailleurs que les plasmas chez ces enfants, à ascendants contaminés, contiennent plus de poisons que les humeurs des autres ; ces poisons, en outre, même lorsqu'ils dérivent des cellules de l'économie (acides urique, lactique, urates, etc.), peuvent engendrer des lésions de tissus, abais-

ser la résistance aux parasites de l'infection, et dès lors, on trouve dans ces données, qui, à l'exemple des autres explications, ne manquent pas de bases positives, de nouveaux motifs propres à révéler la genèse des anomalies constatées.

« Quoi qu'il en soit, ces recherches (la syphilis et peut-être quelques autres virus mis à part) tendent à établir que l'hérédité directe est chose rare, sans doute, parce que dans nombre de cas, le placenta plus épargné que dans la syphilis retient mieux les germes, sans doute aussi, pour d'autres raisons : résistance du fœtus, état bactéricide de ses humeurs vis-à-vis de certains microbes. Ces recherches tendent, en outre, à substituer aux mots vagues de *conditions du terrain*, des données précises montrant que si les agents pathogènes évoluent plus volontiers dans des organismes déterminés, c'est qu'en partie par voie d'hérédité, ces organismes ne ressemblent pas aux organismes qui procèdent d'ascendants indemnes de toute tare.

Le vésicatoire.

La discussion sur le vésicatoire, soulevée à l'Académie de médecine par M. Alb. Robin, continue toujours à chaque séance. On connaît notre sentiment à l'égard de ce précieux agent de révulsion que M. le Dr Huchard essaie, en vain, de détruire et de condamner. Nous l'avons plusieurs fois vanté.

M. Robin a défendu énergiquement son opinion et MM. Ferrand, Cornil, Panas, Hervieux, Lancereaux sont venus à la tribune apporter l'appoint de leur expérience incontestable.

M. Lancereaux a même été plus loin : « Le vésicatoire m'a rendu des services dans des cas d'épanchement pleural et d'œdème au cours de néphrites : j'en ai appliqué dans plusieurs cas d'urémie consécutive à une albuminurie intense et j'en ai obtenu des succès. » En apparence, il y a là un paradoxe, puisque tous les médecins ont l'habitude de considérer la néphrite comme une contre-indication formelle à l'emploi du vésicatoire ; et cependant, ne traite-t-on pas des néphrites parenchymateuses et surtout épithéliales, par la teinture de cantharides ? Quoi qu'il en soit de la hardiesse de M. Lancereaux, il faut retenir surtout que le vésicatoire est bon et qu'il peut être employé sans arrière-pensée, surtout en dehors de la néphrite de Bright.

Les bourdonnements et les bruits d'oreilles.

D'après la thèse du Dr *A. Bouchard*, de Paris, les bruits d'oreilles ne constituent qu'un symptôme et non une entité pathologique.

Les bruits subjectifs sont dus à une irritation primitive ou secondaire du nerf auditif, dans son centre, son origine, son trajet, ou ses expansions terminales ; cette irritation dépend soit d'une exagération de la pression intra-labyrinthique, soit d'une action directe, soit d'une action réflexe.

Les bruits internes résultent de la perception de bruits réels, qui se produisent dans l'oreille ou les régions voisines ; ces bruits sont d'autant mieux perçus que l'oreille se trouve dans des conditions de résonnance plus favorables ; la plupart de ces bruits internes peuvent être entendus par le médecin.

Les caractères des bruits d'oreille sont très variables. Les bruits sont généralement localisés dans l'oreille, quelquefois dans une partie quelconque de la tête et ils peuvent même être extériorisés. Ils ont une influence marquée dans la production de l'aliénation mentale ; leur traitement joue un rôle considérable dans la marche et la guérison de la folie.

Les bruits d'oreille n'ont pas, en général, un pronostic grave, mais ils peuvent conduire au suicide et à la folie.

Le diagnostic causal est d'une importance extrême.

Le traitement est celui de l'affection qui leur a donné naissance. Il sera compris de la manière suivante :

1° Eviter tout ce qui est de nature à surexciter l'activité fonctionnelle des systèmes nerveux et vasculaire (alcool, tabac, café, émotions, veilles, fatigues, excès, ennuis).

2° Rechercher, s'il ne s'agit pas de bouchons de cérumen, de corps étrangers, d'otite externe, de polypes, de myringite aiguë, et instituer le traitement propre à chacun de ces cas.

Contre l'otite sèche et la sclérose, on a recours aux douches d'air, aux fumigations, au massage, à la myringotomie, ou à la plicotomie, à la ténotomie du muscle interne du marteau, à la mobilisation de l'étrier, enfin aux courants galvaniques, et même à l'opothérapie thyroïde.

Contre l'ischémie et l'anémie, on peut recourir au nitrite d'amyle et à la trinitrine.

Contre l'hyperhémie, on emploie la glace, les émissions sanguines, les purgatifs salins, l'iodure, le bromure.

Les bruits des neurasthéniques et des névropathes céderont avec le séjour à la campagne, l'hydrothérapie, froide surtout, les bromures, la valériane.

Les bourdonnements, liés à des névralgies ou hypéresthésies, sont curables par le sulfate de quinine, en cas d'origine palustre, l'aconitine et l'antipyrine associées dans la plupart des cas, par l'électrisation des nerfs névralgisants et le massage de leur émergence, enfin par le traitement particulier à la névralgie (dents cariées, etc.).

Dans les *bruits internes*, vasculaires ou musculaires, on essaiera d'abord de diminuer les conditions spéciales de résonnance de l'oreille qui favorisent la perception de ces bruits. La compression de la carotide ou de ses branches et de la jugulaire, d'une importance réelle au point de vue séméiotique, a une influence curative insuffisante, car l'effet obtenu cesse avec la compression des vaisseaux ; on emploiera contre les bruits de souffle jugulaire, les remèdes qui diminuent la vitesse de la circulation et les iodures en cas d'anévrysme.

L'électricité est excellente contre les bruits musculaires produits par la contraction des muscles piriformes de la caisse (bruits entotiques vrais) et contre les bruits tubaires provoqués par la contraction du muscle tenseur du voile palatin et l'action musculaire de la trompe ; il sera bon d'y associer dans ce dernier cas le massage de la partie tubaire intrapharyngienne.

Doit-on administrer des bains à un nouveau-né avant la chute du cordon ?

La *Semaine médicale* rapporte les résultats des essais institués à la Clinique obstétricale de la Faculté de Halle par MM. *Schrader* et *Anthes* sur 150 nouveau-nés, dont la moitié seulement a été soumise à une balnéation journalière, tandis que la seconde moitié ne recevait pas de bains, les autres conditions d'existence et d'alimentation des nourrissons restant identiques. Chez tous les enfants, la section du cordon ombilical et les pansements consécutifs étaient faits de la même façon : on liait le cordon avec une lanière de toile imbibée d'une solution de lysol, à une distance de 4 à 5 centimètres de l'anneau ombilical, et on le coupait avec des ciseaux stérilisés. puis on appliquait une couche d'ouate aseptique maintenue au moyen d'une bande. Dans la suite, après chaque bain quotidien, le moignon ombilical était saupoudré abondamment avec un mélange composé de 1 partie d'acide salicylique pour 4 parties de poudre d'amidon.

Dans les deux séries d'expériences, la chute du cordon s'est effectuée à très peu près dans le même laps de temps, c'est-à-dire au bout de cinq jours environ, avec un retard de quelques heures seulement chez les enfants qui n'avaient pas été baignés. Par contre, on a pu se convaincre que l'usage des bains diminue sensiblement les cas de fièvre et d'infection de la plaie ombilicale. C'est ainsi que sur 22 enfants qui ont présenté une hyperthermie passagère, de cause inconnue, 8 avaient été soumis à la balnéation et 14 n'avaient pas été baignés. D'autre part, sur 9 cas où la plaie ombilicale avait pris un mauvais aspect et dégageait une odeur putride, un seul se rapportait à un enfant qui avait reçu des bains. Ces résultats permettent donc de résoudre dans le sens affirmatif la question de l'opportunité des bains chez le nouveau-né.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Le seigle ergoté et l'ergotine.

« Honnis soient l'ergot et l'ergotine ! » répètent un peu partout les jeunes accoucheurs de l'école moderne. Certes, nous sommes de ceux qui admirent le plus les travaux des maîtres actuels. Mais qui pourrait dire que, dans vingt ans d'ici, on ne criera pas de même : Honnies soient les injections chaudes contre les hémorrhagies utérines !

Les injections chaudes ont une efficacité incontestable : c'est une vérité scientifique, quasi-mathématique (s'il est permis de mettre cette épithète solennelle à côté d'une vérité médicale) ; il sera donc toujours vrai que les injections chaudes peuvent être employées contre les hémorrhagies utérines. Mais, il n'est pas moins vrai que l'ergot de seigle et l'ergotine ne sauraient, sans injustice et parti pris, être bannis de l'arsenal thérapeutique des accoucheurs. Il y a vingt ans, on ne connaissait rien de supérieur à l'ergot et on l'employait avec cet enthousiasme aveugle, antiscientifique, qui a déjà amené tant de faillites. La science ne fait jamais faillite : elle est immuable, sereine et dépourvue de sentiment ; ce sont les savants qui ont la fragilité humaine, et qui sortent trop souvent du calme absolu que nécessite l'étude du vrai. Il en est aujourd'hui de l'ergot de seigle comme de la saignée ; on en a abusé ; de nombreux accidents sont survenus, on a accusé l'ergot, alors qu'on devait accuser l'ignorance des thérapeutes. On a établi, en axiome, que l'ergot de seigle était un épouvantable poison, toutes les fois que l'utérus contenait quelque chose (caillots ou fœtus) et qu'il était presque criminel de le donner dans ces conditions. C'est à un point, que si une femme venait à mourir, après une hémorrhagie utérine, qu'un médecin lui ait administré de l'ergot et qu'à l'autopsie, on trouve dans l'utérus de gros caillots sanguins, on poursuivrait sûrement ce médecin devant les tribunaux et on le condamnerait pour *faute lourde*. « Que voulez-vous, dirait l'école, il a donné de l'ergot ? C'est trop fort ! » Eh bien ! c'est pour réagir contre cet exclusivisme, que nous écrivons notre article d'aujourd'hui. Nous ne sommes pas fanatique de l'ergot, pas plus qu'ennemi des injections chaudes ; en science, il ne faut pas de fanatisme, mais du calme et de la logique.

I

L'ERGOT DE SEIGLE. CARACTÈRES ET PROPRIÉTÉS.

L'ergot de seigle est le mycelium *du claviceps-purpurea*, champignon parasite qui se développe sur les épis de seigle ; c'est une sorte de poussière brune, noirâtre, exhalant une odeur âcre tout à fait particulière, nauséeuse et pénétrante. On en extrait un certain nombre de principes, qui ont des caractères et des propriétés variées ; ce sont : *l'ergotine* ou extrait aqueux ou alcoolique, comparable à l'extrait de quinquina, *l'ergotinine*, alcaloïde principal de l'ergot, la *cornutine*, *l'ecboline*, *l'acide sclérotique*, *la picrosclérotine*, *l'acide ergotinique*.

L'ergot de seigle doit ses propriétés à chacune de ces substances et surtout à l'ergotinine : il est vaso-constricteur. « Il fait contracter toutes les fibres musculaires, surtout les fibres lisses, depuis celles de l'utérus juqu'à celles des bronches (muscles de Reissessen) et du canal cholédoque. C'est pourquoi, il est employé contre toute hémorrhagie (utérus, bronches, estomac, duodénum) ; l'absorption est très rapide : 10 minutes après son ingestion, l'ergot fait contracter les muscles de l'utérus, des vaisseaux, du tube digestif. A dose de 3 à 4 grammes, il ralentit le pouls par augmentation de la pression sanguine, abaisse la température, diminue les sécrétions (irritation moindre des organes sécréteurs), la sudorification, même la diurèse, par resserrement des capillaires, ralentit la respiration, provoque des troubles gastro-intestinaux (sécheresse de la bouche, nausées, évacuations). A très forte dose, 6 à 8 grammes, il produit des vertiges, de l'anémie cérébrale, des fourmillements, de la dyspnée, de la pâleur, du refroidissement, de la sécheresse et de l'anesthésie de la peau (spasme artériel), des convulsions (accumulation du sang veineux dans les centres nerveux). A dose toxique, 12 à 15 grammes, on observe de la paralysie, de l'anesthésie, du ralentissement du pouls et de la respiration ; la mort survient par asphyxie et convulsions.

« L'usage habituel du pain de seigle contenant de l'ergot, détermine un empoisonnement chronique, qui revêt deux formes : l'ergotisme con-

vulsif (au début, légère ivresse, loquacité), et l'ergotisme gangréneux des extrémités (occlusion vasculaire par resserrement des vaisseaux). — L'ergotine peut aussi, quelquefois, produire la cataracte. » (P. Jalancourt.)

L'ergotine ou extrait d'ergot est un extrait aqueux (ergotine Bonjean), ou un extrait alcoolique (ergotine de Wiggers) ou même un extrait hydro-alcoolique. Il est important, lorsqu'on la prescrit, d'ajouter ces mots « Bonjean, ou Wiggers, ou extrait hydro-alcoolique », suivant l'extrait que l'on désire employer. Les propriétés de l'ergotine sont les mêmes que celles de l'ergot.

L'ergotinine (Tanret) est l'alcaloïde principal de l'ergot; c'est cette substance qui fait contracter les muscles lisses et qui combat les hémorrhagies. Son action se manifeste après 12 ou 24 heures. Cet alcaloïde est liquide, de coloration brune, et ne cristallise point.

La cornutine (P. Kobert) n'est qu'une transformation d'altération de l'ergotinine; elle a à peu près les mêmes propriétés que celle-ci. D'ailleurs, toutes ces substances sont essentiellement altérables, et doivent être préparées toujours fraîchement pour l'emploi pharmaceutique.

L'ecboline ou ergotine de Wenzel est un mélange de plusieurs principes actifs, mal défini. Il est constricteur comme les précédents.

L'acide sclérotique, la *picrosclérotine* de Draggendorff et Podwissotzki, l'acide *ergotinique* de P. Kobert, sont des principes paralysants, non employés en thérapeutique.

II

THÉRAPEUTIQUE. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

L'action antihémorrhagique de l'ergot est passagère, mais très énergique ; il faut donc, d'une part, le donner pendant quelques jours, si l'on veut en obtenir un effet durable, et, d'autre part, ne pas vouloir le donner à haute dose, sous prétexte de combattre plus rapidement l'hémorrhagie.

En présence donc, d'une hémorrhagie importante et persistante (hémoptysie, hématémèse, métrorrhagie, épistaxis, entérorrhagie), on sera autorisé à avoir recours à l'ergot de seigle, à l'ergotine ou à l'ergotinine, mais toujours à doses modérées, et à condition, lorsque cela est possible, de ne pas oublier d'agir localement dans la région d'où vient le sang. En ce qui concerne l'utérus, il faut que l'on soit bien assuré de la vacuité de cet organe, car l'action de l'ergot est aveugle ; non seulement il resserre les vaisseaux, mais encore il fait contracter les muscles du corps et du col et les ferme violemment, comme le feraient les deux cordons d'une bourse. C'est donc une sorte d'emprisonnement irrémédiable du caillot ou du fœtus, que l'on provoque par cette médication intempestive. Une hémorrhagie utérine peut être produite par une fausse couche en train de s'accomplir : il faut toujours s'en mefier, et, dans le doute, mieux vaut s'abstenir d'ergot, car le médicament, donné à trop forte dose, ferme l'utérus sur l'œuf décollé, ou si l'œuf est déjà à moitié expulsé, sur le délivre qui reste emprisonné. Toutefois, à petite dose l'ergot ou l'ergotine peuvent, comme nous le verrons à propos de l'accouchement à terme, favoriser l'expulsion de caillots ou même de débris d'œuf décollé, encore adhérents par quelques fils, surtout si, conjointement, on a recours aux injections très chaudes, à 48 degrés.

Pour les hémoptysies, les hématémèses, les entérorrhagies, les épistaxis, l'ergot et l'ergotine sont toujours indiqués, sauf lorsqu'il est démontré que ces hémorrhagies sont périodiques et compensatrices du flux cataménial ou du flux hémorrhoïdaire, ou bien, lorsque ces hémorrhagies sont dues à une dyscrasie sanguine (scorbut, purpura, hémophilie, paludisme). Dans ces derniers cas, les procédés physiques et mécaniques (froid, glace, compression) d'abord, puis la médication rationnelle du purpura, du scorbut, de l'impaludisme, auront une efficacité bien autrement certaine que l'ergotine, pour arrêter l'hémorrhagie. De plus, il est très important de ne pas, sous prétexte de juguler rapidement l'hémorrhagie, écraser le malade de fortes doses d'ergot : nous avons vu que l'action de ce poison est très rapide, il agit au bout de 10 minutes. Le plus sage est donc de n'administrer l'ergot que tous les quarts d'heure, à dose de vingt-cinq à cinquante centigrammes au maximum, chaque fois ; de cette façon, l'action est lente et prolongée.

Dans les affections nerveuses, congestion encéphalique, sciatiques, névralgies et névrites, l'ergot est souvent avantageux, mais plutôt administré par voie hypodermique *loco dolenti*.

On le prescrit de la même manière, dans les relâchements musculaires sphinctériens, dans les chutes du rectum.

Certains gynécologistes font rétracter par ce procédé des myomes utérins volumineux : l'injection d'ergotine est alors poussée directement dans le tissu du myome.

Comme antipyrétique, l'ergot a été conseillé avec médiocres succès contre la pneumonie, contre la fièvre typhoïde, contre la septicémie, contre la tuberculose aiguë. En réalité, il n'est indiqué que pour combattre les hémoptysies ou les entérorrhagies qui peuvent survenir au cours de ces maladies.

L'ergot de seigle a souvent une très grande efficacité contre les sueurs abondantes, de nature vaso-paralytique et nerveuse. Comme toujours, il faut le prescrire par petites doses fréquemment répétées, toutes les 15 ou 30 minutes.

Comme vaso-constricteur, ce médicament peut être conseillé à très petites doses longtemps continuées, pour combattre les varices et les prédispositions aux varices.

Enfin, à cause de cette même propriété vaso-constrictive, l'ergot de seigle est un bon médicament à prescrire contre la polyurie nerveuse des sujets névropathes ; mais toujours à doses modérées et prolongées.

Nous arrivons à l'étude des propriétés eutociques de l'ergot : après avoir abusé de l'ergot de seigle dans les accouchements normaux et anormaux, on en est arrivé à le proscrire comme funeste et désastreux ; il y a de l'exagération des deux côtés. Ce qui manque généralement, c'est l'expérience du moment précis où il peut être utile. Comme son administration est livrée au hasard, tantôt elle réussit, tantôt elle échoue et amène des complications. De là, à proscrire absolument l'ergot de seigle, il y a un grand pas. Au début du travail, l'ergot est con-

tre-indiqué, il faut laisser agir la nature ; quand la dilatation est incomplète, même contré-indication de l'ergot ; mais quand l'expulsion traîne en longueur, quand la dilatation est complète et qu'aucun obstacle mécanique n'existe au bassin ou à la vulve, quand la femme est épuisée, rien ne s'oppose à l'administration de quelques centigrammes, 0,25 ; 0,50 et 0,75 centigr. d'ergot ou d'ergotine, fragmentés en doses légères de vingt-cinq centigrammes. De même, au moment de la délivrance, quand le placenta est long à se décoller et qu'il paraît y avoir un peu d'inertie utérine, on se trouvera bien *d'une légère dose* d'ergot, combinée avec les frictions et l'expression utérines. Enfin, quand l'utérus a expulsé tout son contenu, on pourra, en cas d'hémorrhagie par inertie, user *un peu* plus largement de l'ergot en même temps que des injections très chaudes. Bien entendu, quand la nature paraît suffisante à faire à elle seule les frais de l'accouchement et de la délivrance, il vaut mieux *ne pas vouloir l'aider quand même*, souvent pour aller plus vite ; c'est une erreur qui peut coûter cher, mais en cas de faiblesse et d'insuffisance, il ne faut pas redouter l'ergot comme un terrible poison qui tue tous les fœtus en tétanisant l'utérus : combien de fois, éviterait-on le forceps et les affolements du dernier moment, si on avait su administrer *à propos* un peu d'ergot ou d'ergotine !

III

Pharmacologie.

Les préparations d'ergot de seigle utilisées en thérapeutique sont : la *poudre* d'ergot de seigle, l'*extrait* ou *ergotine*, l'*ergotinine*. Les autres substances tirées de l'ergot ne sont pas employées en pharmacie.

La poudre d'ergot doit être préparée au moment du besoin ; elle s'altère vite. Les doses habituelles sont de 1 gr., 2 gr., 3 gr., 4 gr. au maximum, mais toujours fractionnées par petites quantités de 0,25 centigrammes. Généralement, on associe la poudre au colombo pulvérisé, ou au quinquina à doses égales. Il faut envelopper la poudre ainsi mélangée dans des cachets de pain azyme ou bien dans de la confiture, afin de bien masquer le goût nauséeux de l'ergot. On devra, avant de prescrire l'ergot en poudre, s'assurer du bon état de l'estomac du malade ; car ce médicament provoque facilement des vomissements très pénibles.

Dans les hémoptysies, dans les hématémèses, dans les entérorrhagies, on peut donner 1 à 4 grammes (0,25 cg. tous les 1/4 d'heure). Dans les métrorrhagies, au maximum 2 grammes, avec les mêmes précautions. Comme eutocique, 0,25 centigr. à 1 gramme au plus, par petites doses fragmentées.

L'ergotine (extrait aqueux de Bonjean) ou (extrait alcoolique de Wiggers) se prescrit en pilules, potion, injections ou suppositoires, aux doses de 0.25 ; 0,50 cg. ; 1, 2, 3, 4, 5, 6 grammes en 24 heures.

Comme l'ergot, l'ergotine est péniblement supportée par l'estomac et provoque soit de l'embarras gastrique, soit des nausées et des vomissements ; il vaut mieux avoir recours à l'injection sous-cutanée, pour obtenir un effet plus rapide et plus sûr.

Les principales formules de solutions hypodermiques sont les suivantes :

Solution d'Hildebrand :

Ergotine..................	2 gr.
Eau dist. bouillie...........	15 gr.
Glycérine pure à 30°........	15 gr.

1 gramme contient 66 milligr. d'ergotine.

Solution de Dujardin-Beaumetz :

Ergotine....................	2 gr.
Eau distillée................	30 gr.

1/2 seringue de Pravaz toutes les 2 heures.

Solution au 1/10 : injecter 1 gram., c'est-à-dire une seringue contenant 0,10 c. g. d'ergotine. Cette solution est plus commode que celle à 1/15.

Ces injections sont généralement assez douloureuses ; aussi, ajoute-t-on, parfois un peu de morphine à l'ergotine.

Ergotinine. Ses propriétés sont, comme nous l'avons montré au début, assez lentes à se faire sentir (12 à 24 heures après l'absorption) ; 1 milligramme correspond à 1 gramme d'ergot : c'est cette dose qui suffit le plus souvent.

Sirop :

Ergotinine............	0,05 centigr.
Sirop de menthe.......	500 gr.
Sirop de fl. d'orangrr..	500 gr.

1 cuillerée à café égale 1/4 de milligramme.

Dose : 1 à 6 cuillerées à café, par jour.

Injections hypodermiques :

Ergotinine................	0.01 cg.
Acide lactique............	0.02 cg.
Eau de laurier cerise.......	10 gram.

III à X gouttes à la fois.

On peut renouveler l'injection.

Toute solution ayant plus de quinze jours est altérée et inutilisable.

Toxicologie.—En cas d'empoisonnement par l'ergot ou l'ergotine, il faut avoir recours aux vomitifs, au lavage stomacal, aux lavements purgatifs.

On peut donner du tannin ou de l'acide gallique 2 gr. dans 100 gr. d'eau, de la décoction de cachou, de quina, de ratanhia, d'écorce de chêne, de café ou de thé chargée et bien chaude.

On pratique des frictions énergiques, des sinapismes sur l'estomac, on met le malade en position couchée et on lui fait inhaler du nitrite d'amyle. Si l'utérus est contracté et violemment fermé sur un fœtus ou un délivre, on fait respirer un peu de chloroforme et on pratique la dilatation forcée du col utérin au moyen du dilatateur de Tarnier ou autre, pour opérer au plus vite l'évacuation de l'utérus. Malgré tous ces moyens, on peut échouer et ne point parvenir à sauver le fœtus de la mort ; c'est une éventualité qui ne survient pas, quand on a été circonspect dans l'administration de l'ergot.

Aussi conclurons-nous que lorsqu'on ignore la vraie méthode de l'emploi de l'ergot, comme eutocique, il vaut encore mieux s'en abstenir tout à fait, comme disait si justement Pajot.

Dr Paul Huguenin.

TRAVAUX ORIGINAUX

La sérothérapie et la phagocytose.

La sérothérapie constitue sans contredit un des moments des plus brillants dans l'histoire de la thérapeutique. Née d'hier, la découverte de Behring a déjà déterminé une véritable révolution dans la médecine, et à présent nous sommes loin de prévoir toutes les conséquences de cette découverte ; la seule chose dont on peut être certain, c'est qu'elle nous réserve des surprises auxquelles nous, médecins élevés dans les principes de la vieille médecine, n'osons même pas aspirer.

Dès que la sérothérapie de la diphtérie est devenue un fait universellement reconnu, les savants du monde entier se sont précipités à préparer des sérums curatifs ; de tout côté on n'entendait que des cris de guerre aux microbes — par de sérums à venir. Eh, bien ! nous ne savons que trop bien que l'engouement qui a suivi les publications de Behring et Roux, n'a pas donné des résultats favorables, et à ce point que, dans le public médical, on est allé même jusqu'à douter du bienfait apporté par la méthode sérothérapique ; le médecin-praticien revient de plus en plus à sa bonne vieille médecine qu'il a failli trahir dans un moment d'emportement antiscientifique.

Ce découragement est-il justifié, a-t-il pour lui des raisons scientifiques qui sont, il faut le reconnaître, les seuls juges en la matière ? Assurément non !

Si les espérances des chercheurs de nouveaux sérums ont été déçues, ce n'est pas la sérothérapie à laquelle il faut en vouloir ; celle-ci est une méthode thérapeutique à ressources des plus puissantes ; car, là, aux efforts de l'homme viennent s'ajouter des forces méconnues, dont jusqu'ici la nature, l'organisme vivant est le seul dépositaire. Seulement, il faut savoir manier ces forces, utiliser ces ressources et pour cela il faut d'abord les connaître, les étudier.

En d'autres termes, il faut se mettre d'abord à l'étude des phénomènes dont s'accompagne l'immunisation et d'une façon générale, l'immunité. C'est dans cette étude que doivent puiser des indications tous ceux qui se proposent d'appliquer la sérothérapie pour les affections dont elle n'a pas encore raison.

Dans cette voie, l'étude a été inaugurée par une découverte qui n'est pas moins belle que celle de la sérothérapie : nous voulons parler de la phagocytose, œuvre générale de Metchnikoff. La place nous manque pour entrer dans les détails de cette doctrine scientifique qui est d'ailleurs connue de tous les médecins dans ses traits principaux. Les lecteurs du « *Concours médical* » ont certainement encore gardé la souvenance de l'article de M. Duclaux sur ce sujet ; sa parole imagée et pleine de verve, sans détriment de la précision rigoureusement scientifique, a dû rendre compréhensible à l'esprit le moins préparé la phagocytose et ses applications. Nous nous réservons d'y revenir une autre fois. En attendant, sans entrer dans des développements détaillés, rappelons seulement que jusqu'à ces derniers temps la phagocytose a été considérée comme un moyen de défense de l'organisme contre *les microbes*. Dès que l'organisme devenait la proie des bactéries pathogènes, les phagocytes se mettaient tout de suite en devoir d'affluer dans les endroits menacés ; là, ils livraient une bataille acharnée aux microbes envahisseurs, les phagocytaient ou non suivant les cas, c'est-à-dire tantôt prenaient le dessus en amenant la guérison, tantôt éprouvaient la défaite, ce qui se traduisait par la mort de l'individu.

Ceci a été prouvé maintes fois d'une façon irréfutable pour les phagocytes, en ce qui concerne leurs relations avec tous les microbes pathogènes.

En est-il de même avec des produits microbiens, ces ennemis terribles de l'homme, qu'on a appris à connaître depuis peu de temps? Sommes-nous, vis-à-vis des toxines, aussi courageusement protégés par les leucocytes, comme nous le sommes vis-à-vis des microbes ?

Voilà la grande question qui se pose et dont l'importance n'échappe à personne.

En d'autres termes, l'action des phagocytes faut-il la réserver pour le monde des microbes, êtres *solides*, ou bien faut-il ouvrir un nouveau chapitre dans l'étude de la phagocytose, un chapitre d'une importance capitale, qui va traiter ses relations entre les leucocytes et agents toxiques *solubles* ou toxines.

Grâce à toute une série de travaux exécutés récemment au laboratoire du professeur Metchnikoff la question est résolue. Des faits d'une précision incontestable ont montré que vis-à-vis des toxines et, en général, des substances toxiques solubles, se comportant comme des toxines, les phagocytes se conduisent absolument de même façon, comme on les a vu agir vis-à-vis des microbes.

C'est-à-dire que, lorsqu'un individu vient à être victime d'une toxine, aussitôt les leucocytes affluent en immense quantité dans le sang, ils se mettent à manger ou plutôt à boire cette toxine quand cela peut se faire, et l'organisme, débarrassé du poison, est alors sauvé ; cette toxine, absorbée par les phagocytes, est digérée dans leur intérieur, et le résultat de cette digestion est la formation des antitoxines ; ces dernières, passées dans le sang après la destruction des leucocytes, consécutive à la formation du caillot, confèrent au sérum ces vertus thérapeutiques sur lesquelles il est inutile d'insister.

Toutes ces diverses phases, que nous venons d'esquisser très rapidement, ont été faciles à diviser et enchaîner les unes avec les autres, grâce aux nombreuses indications indirectes qu'on possédait ; mais il était, par contre, difficile de surprendre chacune de ces phases dont se compose la phagocytose des toxines, et de l'étudier séparement.

Or, pour obvier à cette difficulté, nous avons étudié le rôle des leucocytes dans l'intoxication par l'acide arsénieux. Cette substance étant facile à isoler et à mettre chimiquement en évidence, on était à même de scinder la question et d'en étudier toutes les particularités. Nous avons constaté que vis-à-vis de l'acide arsénieux, substance toxique et soluble, les phagocytes se comportent tout à fait comme s'ils se trouvaient en présence de virus très actifs.

Pouvons-nous conclure de là que, vis-à-vis de toxines microbiennes, les leucocytes réagissent de même façon ? La réponse ne peut être qu'af-

firmative. La seule objection qu'on puisse formuler contre cette identification, c'est que l'acide arsénieux étant un poison minéral, n'est pas à comparer avec une toxine d'origine microbienne ; mais cette objection doit disparaître complètement devant l'analogie qui existe entre ces deux sortes de poison ; cette analogie est telle qu'une substance comme l'autre fournissent des sérums curatifs ; en immunisant les animaux avec l'acide arsénieux, on obtient non seulement un sérum préventif, mais encore un sérum antitoxique, dont une petite quantité préserve l'animal contre la dose sûrement mortelle. Nous avons donc toutes les raisons d'appliquer aux toxines les faits trouvés pour l'acide arsénieux et conclure que les phagocytes se montrent à la hauteur de leur tâche, non seulement en présence des corps microbiens, mais encore de leurs produits toxiques et solubles.

Ainsi se trouve justifié le nouveau chapitre que l'on est amené à inaugurer dans l'étude de la phagocytose et dont le titre est « phagocytose des produits solubles ».

Comme il est facile de le deviner, ce sont également les phagocytes qui jouent un rôle de premier ordre, pendant l'immunisation. Ce sont là des phénomènes qu'il faut étudier de très près, car c'est là que gît le secret de l'immunisation.

Que ceux qui cherchent à doter la médecine de nouveaux sérums, s'adressent d'abord à l'étude des processus intimes qui se déroulent pendant l'intoxication et l'immunisation.

Il n'y a que les recherches méthodiques rigoureusement scientifiques qui peuvent mettre sur la voie de sérums curatifs : une des voies est déjà toute faite : c'est celle qui a été tracée par M. Metchnikoff, créateur de la doctrine phagocytaire.

Dr Besredka,
de l'Institut Pasteur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Texte d'une pétition adressée par le Syndicat médical de Roubaix aux membres de la Chambre des Députés relativement au projet d'accroissement de la patente des professions libérales.

Roubaix, le 5 mars 1898.

Messieurs les Députés,

Les membres du Syndicat Médical de Roubaix vous prient d'arrêter votre attention sur les faits suivants :

Les résolutions récemment prises par la commission des patentes élèvent, pour les moins imposés d'entre nous, le droit proportionnel du 15e au 12e. Cette aggravation de charges est d'autant moins justifiée qu'elle frappe non seulement les locaux professionnels, mais ceux affectés à l'habitation et par suite constitue un véritable impôt sur les familles nombreuses.

Pour quelques-uns d'entre nous — d'une façon générale, ce sont ceux qui ont beaucoup d'enfants et qui pour les loger convenablement sont obligés d'habiter une grande maison — l'imposition qui était du 15e il y a quelques années, qui est actuellement du 12e serait portée au 10e. Ces augmentations successives d'impôts paraissent injustes, si on tient compte qu'elles sont tout à fait hors de proportion avec la progression qu'ont subie pendant le même laps de temps les charges imposées aux citoyens exerçant d'autres professions moins encombrées et moins ingrates que la nôtre.

Un certain nombre d'entre nous paient des impôts plus élevés en raison de ce fait que Roubaix compte plus de 100.000 habitants. Il peut paraître juste d'exiger une plus large contribution aux charges publiques, des citoyens qui habitent les grandes villes, centres administratifs, judiciaires, sièges de garnison, d'enseignement supérieur, qui sont par suite le véritable confluent des deniers publics. Mais Roubaix n'est qu'un grand village ; malgré le nombre de ses habitants notre cité n'est qu'un simple chef-lieu de canton et nous exerçons la médecine au milieu d'une population ouvrière, en grande majorité très pauvre.

On nous a dit, tout récemment encore, que nous ne pouvons prétendre à aucun des avantages dont sont favorisées les plus modestes sous-préfectures.

Pour cette raison et au nom de l'équité nous vous demandons, Messieurs les Députés, de prendre en considération et de voter un ancien amendement en vertu duquel dans les villes de plus de 100.000 habitants, qui ne sont pas sous-préfectures, la patente des professions libérales serait appliquée au taux ordinaire.

A avantages égaux, impôts égaux, ainsi veut la Justice.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Députés, l'expression de notre respect,

Suivent les signatures légalisées des membres du bureau agissant au nom du Syndicat Médical de Roubaix.

L'interdiction du Pèse-Bébés.

Nos lecteurs connaissent le pèse-bébés du Dr Sutils (de La Chapelle-la-Reine), membre du *Concours médical*. Tous ceux qui l'ont essayé n'ont eu qu'à s'applaudir de l'avoir adopté. Par malheur, une chinoiserie administrative, qui menace de s'éterniser, empêche la vulgarisation de son emploi.

Nous avons tenu à édifier nos confrères sur cette question par la publication des trois documents suivants :

Roubaix, le 20 février 1898.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu l'article sur la méthode des pesages réguliers, pour la surveillance des nourrissons, avec d'autant plus d'intérêt que depuis 5 ans j'avais l'habitude de me livrer au pesage. Malheureusement, le pèse-bébé du Dr Sutils, que je possédais, ayant été égaré ou volé, il m'est impossible d'en acquérir un autre, l'Administration des poids et mesures s'y opposant. N'est-ce pas ridicule ?

Voilà un instrument qui rend de très grands services aux médecins et on s'oppose à sa fabrication, pour une question de foorme.

Ne pourriez-vous pas nous indiquer le moyen de se procurer un pèse-bébés portatif ? Vous me rendriez grand service.

Avec mes remerciements,

Dr Lepoutre.

Nous ne pouvions mieux faire que de transmettre cette question à notre excellent confrère M. le Dr Sutils.

Il nous a répondu par la lettre et la notice ci-dessous, qui donnent l'idée des difficultés que l'on rencontre dans la réalisation des meilleurs projets.

La Chapelle-la-Reine, 25 février 1898.

Mon cher Directeur,

Je suis enchanté que le confrère Lepoutre ait eu la bonne idée de vous écrire, au lieu de s'adresser à moi, ainsi que le font d'ordinaire tous les médecins-inspecteurs, et ait attiré votre attention sur l'interdiction saugrenue de mon pèse-bébés qu'on considère à tort comme un outil commercial, lorsqu'il n'est qu'un instrument de contrôle de la santé des Enfants.

Je vous envoie une notice sur mes démêlés administratifs. La seule chose qui m'ait empêché d'user des journaux est la crainte d'être suspecté d'idées de lucre. Mon instrument ne m'a créé que des dépenses, car je le donnais à prix coûtant aux inspecteurs et aux départements.

Veuillez agréer, etc.

Dr Sutils.

Notice sur l'interdiction du pèse-bébés.

J'ai commencé les pesages en 1884 avec le pèse-bébés du Dr Bouchut (interdit comme le mien), mais il est lourd et se détraque très facilement.

L'Inspecteur départemental de Seine-et-Marne, Abert, me pria de chercher un modèle plus léger et de grande solidité, pouvant être facilement porté en route et distribué aux médecins-inspecteurs qui le désireraient.

Après quelques tâtonnements, je suis arrivé à créer le modèle actuel et le Comité départemental, dans sa séance du 1er juin 1886, décida après examen :

Le Comité, après l'exposé si instructif du Dr Bancel, émet le vœu que 20 pèse-bébés du modèle du Dr Sutils, soient achetés et délivrés aux médecins-inspecteurs. Au 8 juin 1893, nouvelle délibération : M. Thomas, en présence de l'excellent résultat obtenu par l'emploi du pèse-bébé, demande s'il n'y a pas lieu d'en munir les médecins-inspecteurs qui n'en sont pas pourvus. Le Comité partage l'opinion de M. Thomas et désire que l'Inspection demande aux médecins-inspecteurs qui n'en ont pas encore reçu, s'ils seraient disposés à s'en servir. Dans ce cas on solliciterait un nouveau crédit pour l'achat de ces instruments, qui seraient distribués au fur et à mesure des demandes.

Depuis cette époque, plusieurs départements se sont munis de pèse-bébés pour leurs médecins-inspecteurs.

Le 12 février 1888, le docteur de Villiers m'écrivait :

.... Hier soir, le Comité supérieur, qui se tient au Ministère de l'Intérieur, a décidé que vous receviez une convocation pour la séance du 25 courant, afin de venir montrer votre pèse-bébé et exposer vos tableaux graphiques, etc..

Quelques jours après, le Préfet de Seine-et-Marne m'écrivait à son tour :

J'ai l'honneur de vous adresser, ci-après, copie d'une dépêche que je viens de recevoir de M. le Ministre de l'Intérieur :

Monsieur le Préfet, je vous prie de faire remettre à M. le Dr Sutils le mémoire ..., etc.. ; je vous serai obligé, d'autre part, d'exprimer à ce médecin-inspecteur tous mes remerciements pour la communication qu'il a faite récemment au Comité supérieur de la protection du 1er âge, communication que les membres du Comité et les représentants de mon administration ont entendue avec un vif intérêt.

Un peu plus tard, l'Inspecteur départemental m'écrivait :

.... Le Ministère de l'Intérieur devant organiser une Exposition Infantile pour 1889, a réclamé un de nos pèse-bébés en usage dans le service de Seine-et-Marne, pour l'y faire figurer avec d'autres objets. Le jury des récompenses me décerna à ce sujet une médaille de bronze.

Tout ce qui précède est pour expliquer que mon appareil était vu de bon œil au Ministère de l'Intérieur.

Le même instrument a été récompensé par l'Académie de médecine, les Expositions d'hygiène de l'Enfance de Paris, d'hygiène de Toulon, d'hygiène de Dijon, etc.

Tout d'un coup, M. Galante, mon dépositaire, m'écrit qu'un commissaire de police est venu lui interdire la vente de mon instrument pour la France.— M. Lozé, préfet de police, ami de la famille de ma femme, a bien voulu s'occuper de la question et m'a répondu qu'il n'y avait rien à faire, que la Commission de Métrologie ne voulait rien savoir.

J'ai écrit au Dr Roussel qui m'a répondu : Que c'était une chinoiserie administrative, que je devais réclamer et que si l'on n'obtenait pas une solution, on verrait. Je n'ai pas osé l'importuner, de peur que l'on ne vît dans mes démarches un but pécuniaire. Or, j'affirme hautement que la vente de mes instruments ne m'a jamais rapporté un sou de bénéfice, mais au contraire des dépenses non remboursées.

Dernièrement (juillet 1897), je me suis adressé à M. Monod, directeur de l'Assistance publique qui, dans l'audience qu'il m'a accordée, a paru très surpris de l'interdiction de mon instrument, ajoutant même qu'il ne les croyait pas au *Commerce* aussi attachés à la lettre et non à l'esprit de leurs règlements. Il m'a conseillé de faire une demande officielle au Ministre de l'Intérieur, se chargeant gracieusement des démarches nécessaires pour faire lever cet interdit.

J'ai fait ma demande et voici in extenso la réponse qui m'a été communiquée par l'intermédiaire de la préfecture de Seine-et-Marne. J'ai eu la précaution de la copier, car elle contient des inexactitudes faciles à relever.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 18 décembre 1897.

Le Ministre de l'Intérieur à M. le Préfet
de Seine-et-Marne.

Pour faire suite à ma lettre du 27 août dernier, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-après la réponse de M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie à ma communication concernant M. le Dr Sutils, de La Chapelle-la-Reine, inventeur d'un appareil dit Pèse-bébés,

« La Commission de Métrologie usuelle du bureau national des poids et mesures, saisie de la question, a fait observer que si en dehors du pèse-bébé du Dr Sutils, il n'existait pas d'autres appareils légaux destinés au même usage, sa demande serait de nature à fixer l'attention et à éveiller la sollicitude de l'Administration.

Mais il existe dans le commerce de nombreux spécimens de Pèse-bébés, établis dans des conditions légales (balances à bras égaux, balances Roberval, romaines de tout système) et convenablement disposés pour l'usage auquel ils sont destinés.

Les médecins et les parents ont donc le choix entre les différents systèmes autorisés.

La Commission fait d'ailleurs observer que ces instruments fournissent des indications autrement exactes que celles que donnerait un peson à ressort tel que celui du Dr Sutils, toujours sujet à se fausser. Au surplus, ces pesons à ressort qui pourraient servir à un tout autre usage, sont prohibés par la loi du 4 juillet 1837.

La Commission a, en conséquence, exprimé l'avis qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur la décision du 15 mars 1892.

Mon collègue m'exprime dès lors le regret de ne pouvoir autoriser ni tolérer l'appareil inventé par le Dr Sutils ; je vous serai obligé d'en informer ce médecin-inspecteur.

Ce document administratif a le défaut d'être inexact. Il n'existe en effet à ma connaissance aucun pèse-bébé *portatif* pouvant être porté en route, dans sa poche, par un médecin-inspecteur dans ses tournées. S'il y en avait un autre que le mien, je ne protesterais pas, ne tenant nullement à la vente de mon appareil et je m'inclinerais devant lui. Je prie donc la Commission de Métrologie, qui connaît tant de pèse-bébés, rendant de meilleurs services que le mien, de vouloir bien me donner l'adresse du ou des fabricants de cet instrument, afin que je puisse utilement répondre aux demandes que me font à chaque instant mes confrères.

Ceux-ci, par exemple, se refuseront toujours à porter dans leurs poches 15 kilogr. de poids (minimum) sans compter la balance et ses plateaux ou une romaine trop difficile à installer dans chaque maison.

Quant à l'exactitude, j'ai de nombreuses attestations, affirmant cette qualité de mes appareils, la graduation n'étant faite, sur chaque peson, que l'instrument complètement terminé et n'étant par conséquent pas identique, certains arrivant à 14 kgr., d'autres à 15 et 16. Quant à se fausser facilement, je me sers du même pèse-bébés depuis 14 ans; il est tombé plus d'une fois de voiture et il n'a nullement varié.

Enfin, il faut croire que la Commission de Métrologie nous prend pour des marchands de denrées coloniales en exprimant la crainte que nous nous en servions pour *un autre usage*.

A la place de cette Commission, je ferais immédiatement coffrer d'abord l'Inventeur, puis les 25 médecins-inspecteurs de Seine-et-Marne qui se servent journellement des Pèse-bébés que l'Administration leur a confiés, pour s'en servir apparemment et j'infligerais une forte amende à l'Inspecteur départemental, au Comité départemental qui ont demandé les fonds, au Conseil général qui les a votés. Quant au Comité supérieur, M. Roussel en tête, qui a approuvé l'Instrument, ils seraient condamnés à aller faire, en corps, des excuses à la Commission.

Cela serait d'un très bon effet pour les quelques centaines de médecins-inspecteurs qui se permettent d'en user.

Dr Sutils.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

TRIBUNAL DE GRENOBLE.

L'empirique exerce illégalement, même quand il traite une personne non malade.

Syndicat médical du Sud-Est contre Roux-Cuillerier.

(Arrêt du 28 janvier 1898.)

Attendu que l'intervention du Syndicat médical du Sud-Est, représenté par son président, est conforme à la loi et doit par suite être déclaré recevable ;

Attendu, en droit, que l'acte de médecine illégale résulte de l'examen d'un client pratiqué par un empirique, des constatations déduites de cet examen, des prescriptions de traitement ou remises d'ordonnances en cas de maladie reconnue ; que l'ensemble de ces faits ne peut être dit sans objet, puisqu'il a permis à chacune des parties de réaliser le but poursuivi, l'une en sollicitant, l'autre en donnant la consultation ;

Qu'on ne saurait exiger, de la prévention, la justification souvent insaisissable d'un état de maladie, dont la consultation peut elle-même révéler l'existence, ni rechercher l'intention plus ou moins secrète du client, dont l'empirique n'a pas dû se préoccuper et qui est d'ailleurs susceptible de se modifier par le fait même de la consultation ;

Que c'est donc à tort que les premiers juges ont méconnu la portée des dispositions des témoins Pugnoud et Palleali, en déclarant leur impuissance à démontrer les éléments du délit dans diverses consultations dénuées en réalité, selon eux, de tout objet réel ;

Attendu que, fallût-il admettre en droit la théorie du jugement, cette théorie ne trouverait pas elle-même son application dans les circonstances de la cause ;

Attendu, en effet, que si les déclarations du témoin Pugnoud sont contradictoires, relativement à son état de maladie, celles de Pelloli n'ont pas présenté le même caractère ; que ce témoin n'a, au contraire, jamais cessé d'affirmer qu'il était réellement atteint des malaises et symptômes accusés au cours de la consultation, et qu'il en devait être si bien ainsi, que le prévenu, après examen, a déduit de ces troubles une maladie de cœur ; que, quel que fût d'ailleurs le mobile réel du témoin, le prévenu n'en a pas moins prescrit un traitement en vue d'une maladie par lui reconnue, qu'il a assumé et suivi la direction de ce traitement, en délivrant diverses ordonnances, qu'il a enfin perçu chaque fois les honoraires de ses consultations ; que toutes les conditions du délit se trouvent encore réunies dans l'espèce ;

Attendu que l'abbé Roux-Cuillerier a, d'autre part, fourni lui-même, à la prévention, les preuves les plus indiscutables du délit par des aveux réitérés, confirmés par la notoriété publique et révélant une situation exactement conforme à celle qui avait déterminé sa condamnation, dans une précédente poursuite ;

Que devant M. le Juge de paix de Mens, comme à la barre de la Cour, l'abbé Roux-Cuillerier a, en effet, formellement reconnu qu'il donnait habituellement et en dehors de tout cas urgent, avis et consultations à des personnes atteintes de maux réputés sans gravité ou à d'autres malades qui se disaient abandonnés par les médecins ;

Que, même avec ces restrictions, l'exercice illégal de la médecine n'en demeurerait pas moins constant ; que la protection de la loi serait vraiment illusoire s'il était donné à l'empirique de faire dépendre son action d'une appréciation personnelle sur l'état de santé qui lui est soumis, ou d'affirmations généralement suspectes et acceptée en tout cas par lui sans le moindre contrôle ;

Attendu, d'ailleurs, qu'en éclairant l'étendue de ces aveux par les parties incontestées des témoignages entendus, il est facile de reconnaître le peu de fondement des réserves à l'abri desquelles le prévenu a entendu placer ses déclarations, qu'on ne saurait voir ni un mal insigifiant, ni une de ces affections à l'égard desquelles la médecine se déclare impuissante, dans le point de côté traité sur les indications de Pugnoud, ou la maladie de cœur reconnue de Pellioli ;

Attendu que ces aveux du prévenu ne laissent place à aucune incertitude, ni sur la nature délictueuse de ses agissements et encore moins sur leur date, qui s'applique à la période de temps sur laquelle le prévenu était appelé à s'expliquer, nécessairement postérieure à la condamnation prononcée contre lui, pour faits identiques, par arrêt de la Cour de céans du 28 décembre 1894 ; qu'on ne saurait demander à la prévention une précision plus grande sur des faits multiples et avoués, qui constituent dans leur ensemble, par le maintien de ce cabinet de consultation déclaré délictueux par l'arrêt précité, l'habitude de l'exercice illégal de la médecine, condition constitutive du délit aux termes de la loi ;

Attendu qu'il est donc constant et établi, à tous les points de vue, que l'abbé Roux-Cuillerier a, dans les termes de la prévention, exercé illégalement la médecine en violation des dispo-

sitions de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 ; que l'état de récidive résulte, à son égard, de la condamnation à 16 fr. d'amende et 25 fr. de dommages-intérêts prononcée par arrêt précité du 28 décembre 1894, à raison du même délit ;

Attendu néanmoins que dans l'application de la peine il y a lieu de tenir compte au prévenu, en lui accordant le bénéfice des circonstances atténuantes, des sollicitations dont il a pu être l'objet et du sentiment de charité auquel il a pu obéir dans certaines circonstances ;

Attendu que si, de cet exercice illégal de la médecine, résulte nécessairement un préjudice pour les médecins diplômés membres du syndicat, le préjudice n'est pas établi sur des bases assez appréciables pour qu'il soit permis d'allouer d'autres dommages-intérêts que la condamnation à tous les dépens, en y comprenant les frais nécessités par l'intervention ;

La Cour,

Ouï... après...

Vu les articles 16, 18, 24, et 27 de la loi du 30 novembre 1892, 463 du code pénal, 174 du code d'instruction criminelle.

Faisant droit à l'appel du Ministère public envers le jugement du Tribunal correctionnel de Grenoble du 17 novembre 1897, ainsi qu'à l'intervention du Syndicat médical du Sud-Est, laquelle est déclarée recevable en la forme et bien fondée au fond ;

Sans s'arrêter aux conclusions, tant principales que subsidiaires, du prévenu, dont il est démis et débouté ;

Réforme et annule ledit jugement et statuant par disposition nouvelle ;

Déclare l'abbé Roux-Cuillerier (Jean-Antoine) atteint et convaincu d'avoir, à Mens, dans le courant de l'année 1897, et en tout cas depuis moins de trois ans, n'étant muni d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, pratiqué illegalement la médecine en prenant part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies, et ce en dehors des cas d'urgence avérée et sans être dans les conditions prévues par les article 6, 28 et 29 de la dite loi ;

En réparation, condamne ledit abbé Roux-Cuillerier a la peine de cent francs d'amende ;

Dit que le Syndicat intervenant sera tenu, en sa qualité de partie civile, de tous les dépens envers l'Etat ;

Lui accorde son recours contre le prévenu, qui est condamné à les supporter, ainsi que tous frais nécessités par l'intervention, à titre de dommages-intérêts ;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat des médecins du Sud-Finistère.

Présents : MM. Dubuisson, Président ; Gaumé, Syndic ; Pilven, Secrétaire-Trésorier ; Collin Le Guével, Cosmao

Absents et excusés :

MM. Le Doze, Chauvel, Morvan, Le Coquil, Bizien, Hébert, Cabon, Chéreux, Le Gallic, Herland.

M. le Président prend la parole, et prononce l'allocution suivante :

Assistance médicale gratuite.

« Depuis notre dernière réunion nous avons eu connaissance des résultats, pour l'année 1896, de l'application, dans notre département, de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

« En ce qui touche le traitement à domicile, la dépense est de 69,310 fr. 12, pour 7,068 malades, ce qui fait 9 fr. 94 par malade.

« Dans le rapport que j'avais présenté au Conseil général, et qui a servi de base à la discussion, j'avais évalué la dépense à 80,000 fr., le nombre des malades à 8,000 et la dépense moyenne par malade à 10 fr.

« Il semble donc que cette partie du service fonctionne convenablement. Cependant, il est à croire que certaines municipalités font, sur l'assistance à domicile, des économies injustifiées.

« En tout cas, la diminution de cette dépense ne pourrait résulter que de l'augmentation du nombre des médecins, qui réduirait les frais de transport, et le nombre des médecins ne peut augmenter que si l'exercice illégal est sévèrement puni.

« L'intérêt bien entendu du département et des communes, exige donc une stricte application de la loi sur l'exercice de la médecine.

« La réforme du règlement, en ce qui concerne la fourniture des médicaments, produira une légère économie ; mais une réforme bien plus importante s'impose.

« En effet, les frais d'hospitalisation se sont élevés, en 1895, à 56,942 fr. 92 pour 548 malades, soit 103 fr. 93 par malade ; — en 1896, la dépense est de 59,998 fr. 25 pour 637 malades, soit 94 fr. 19 par malade.

« Cette dépense est au moins le double de ce qu'elle devrait être, et l'exagération provient de ce que la journée d'hôpital étant payée 1 fr. 50, les administrations hospitalières gardent indéfiniment les malades incurables, malgré les protestations des chefs de service.

Cet état de chose ne porte pas seulement préjudice aux finances du département et des communes, il est également cause que beaucoup d'indigents, malades à domicile, sont privés de secours.

« Supposez, en effet, une petite commune qui a 100 fr. à dépenser pour le service de l'assistance médicale : si elle a un malade à l'hôpital il dépense à lui seul le crédit disponible et on ne peut, en vérité, en vouloir au maire qui, ne voulant pas ruiner sa commune, refuse de délivrer des feuilles de maladie quand son crédit est épuisé.

« Le remède est facile à appliquer : il suffit d'empêcher les hôpitaux de se transformer en hospices, et de veiller à ce que les incurables ne soient plus gardés indéfiniment dans les services, malgré les réclamations des médecins.

« L'économie qui en résulterait serait d'une trentaine de mille francs et plus que suffisante pour que l'assistance à domicile soit partout appliquée consciencieusement. »

Ordre des médecins.

Une question qui agite depuis quelque temps le corps médical, qui mérite de fixer l'attention et d'être étudiée avec soin est celle de la création d'un ordre des médecins.

Cette création, à côté de nombreux partisans, rencontre quelques contradicteurs.

Si son utilité s'est peu fait sentir jusqu'ici, il n'en est plus de même à présent. La profession médicale, en effet, est menacée d'une pléthore excessive et, dans la lutte pour la vie, qui va devenir plus âpre, on peut redouter des écueils nombreux, sur lesquels sera quelquefois exposé à sombrer l'honneur professionnel.

Dans ces conditions, l'existence d'un ordre gardien des règles déontologiques, et pouvant opposer à certains écarts, sinon des peines effectives,

au moins une sanction morale, ne semble devoir rencontrer d'adversaires que chez les amis d'une liberté extrême ou d'une indépendance outrée.

C'est l'avis des membres présents qui adhèrent à la proposition de l'Union des Syndicats, en faveur de la création d'un ordre des médecins

Loi sur la Pharmacie.

La loi en préparation sur l'exercice de la pharmacie soulève de nombreuses protestations et le Syndicat émet les deux vœux suivants :

1° Le pharmacien ne pourra délivrer sans ordonnance, que les remèdes dont une liste sera dressée ;

2° Le médecin pourra fournir des médicaments à partir de 4 kilomètres au delà d'une officine.

Le premier vœu se trouve justifié par cette constatation, d'une évidence indiscutable, que le fait d'autoriser la délivrance de tous les remèdes, sans ordonnance, équivaut à l'autorisation, pour le pharmacien, de pratiquer l'exercice de la médecine.

Le deuxième vœu s'appuie sur ceci ; c'est que l'intérêt du malade prime celui du pharmacien et qu'on ne peut refuser au médecin d'agir au mieux des intérêts du premier; en usant sans perdre un temps souvent précieux, des ressources dont il dispose.

Hospitalisation des chroniques et incurables

La question de l'hospitalisation des malades atteints d'affections chroniques ou incurables préoccupe, à juste titre le Syndicat. M. le Président annonce qu'il en saisira le Conseil général, dans le cours de sa prochaine session.

Le Secrétaire,

Dr. A. Pilven.

REPORTAGE MÉDICAL

Société de protection des victimes du devoir médical. — Elle a le regret de signaler, à nos lecteurs, le décès, à 26 ans, d'un jeune et brillant médecin, le Dr *Victor Petit*, de Rouen, qui, donnant ses soins à une famille d'indigents, atteints de diphtérie, a contracté l'affection.

Ce héros du devoir accompli était médaillé d'or et chef de clinique. Nous avons demandé des renseignements à un membre du Concours de Rouen, et il nous apprend qu'heureusement la jeune veuve est dans une situation convenable. La Société de protection adresse à la famille de notre malheureux confrère ses respectueux compliments de profonde condoléance et se tient à sa disposition.

La patente du médecin. — La Chambre des députés a bien voulu reconnaître que l'élévation de la patente des professions libérales ne s'imposait vraiment pas autant que celle du Bon-Marché et des autres grands magasins. Les professions libérales sont d'ailleurs si représentées au Parlement qu'il a dû se produire une coalition tacite des intéressés, contre laquelle rien ne pouvait prévaloir. — Mais M. le Dr Pédébidou n'a pas encore réussi à obtenir l'adoption des deux amendements qu'il avait présentés à la Commission. (Voir n° 11, 1897.)

Suites de l'affaire Heim. — Après les manifestations hostiles qui se sont produites au cours de M. Blanchard, et qui n'ont pu être réprimées, ni par le professeur, ni par le Doyen, celui-ci vient de suspendre le cours jusqu'aux vacances de Pâques.

La tuberculose dans l'armée. — La Chambre vient d'adopter la proposition de M. le Dr Bourrillon, député de la Lozère, membre du Concours, qui a pour objet de placer, en congé annuellement renouvelable, les jeunes soldats reconnus atteints de tuberculose.

Cette sage disposition devra porter bientôt ses fruits, et dans l'armée et dans la société, si on laisse aux médecins militaires, qui auront fait le diagnostic précoce de la maladie, toute latitude dans l'application de la mesure votée par le Parlement.

Ecole de santé militaire. — Un concours s'ouvrira le 1er juillet 1898, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire établie près la Faculté de médecine de Lyon.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions (nouveau régime) valables pour le doctorat et ceux munis de huit inscriptions au moins (ancien régime) valables pour le doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de vingt-trois ans.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Les élèves entrants font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la 4e division, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Les épreuves écrites auront lieu, les 1er et 2 juillet, dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 1er août), à Lille (le 8 août), à Nancy (le 12 août), à Lyon (le 17 août), à Montpellier (le 22 août), à Toulouse (le 25 août), à Bordeaux (le 30 août), à Rennes (le 3 septembre).

Le registre d'inscription sera ouvert du 16 mai au 11 juin 1898 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

Les ajournements à la Faculté de médecine de Paris en 1896-1897. — La moyenne totale des ajournements pour les examens, sauf pour la thèse, est de 16 pour 100, soit 1.272 ajournements sur 8.762 examens.

Pour le premier examen (ancien régime), la proportion des ajournements a été de 40,57 p. 100. Elle est plus forte encore en Sorbonne pour le certificat P. C. N. qui remplace l'ancien baccalauréat et est l'équivalent du 1er examen doctoral. Elle atteint, dit-on, 50 p. 100. — A Lyon, elle n'est pas inférieure à ce chiffre.

(*Lyon médical.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4254. — M. le docteur Montsarrat, de Mazamet (Tarn), membre de l'Association des médecins du Tarn.

N° 4255. — M. le docteur Durasnel, à Bondues (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 13 26 Mars 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'avenir du médecin de campagne

« Médecins de campagne, gardez votre sang-froid ; vous n'êtes pas en cause. » Telle était la conclusion de M. le Dr Hameau, après son étude sur l'encombrement médical redouté. Nous en avons parlé, mais il faut y revenir.

Pas en cause ! On le souhaiterait pour eux, car ceux-là sont bien les plus intéressants et les plus indispensables à la santé publique.

Comment ils vivent, on ne le sait que trop. A eux toutes les charges de la profession, sans compensation matérielle ; fatigues, corvées, lutte contre les préjugés, contre l'exercice illégal, contre les prétentions des potentats communaux les plus ignares et les plus injustes, rien ne leur est épargné. Parfois, dira-t-on, ils ont comme récompense l'estime et la considération. Oui, des pauvres gens peut-être, et cela les conduira jusqu'au conseil municipal : mais des riches, dont ils refusaient d'escorter le carrosse avec leur cheval fourbu, ils ne tirent jamais plus que de quoi renouveler leur monture, et des airs de protection.

La surproduction des pharmaciens de seconde classe vient, chaque jour, leur enlever leur gagne-pain, en les privant du léger bénéfice de la vente des médicaments et en détournant les clients de leur cabinet.

La féodalité de l'argent leur crée la concurrence des confrères de la ville voisine ; l'esprit de domination des sociétés de secours mutuels leur fait signer des contrats onéreux ; le souci de réaliser des économies et de gagner de la popularité, pousse les conseils généraux à exiger qu'ils dépensent temps, forces et argent à soigner, presque gratis, les électeurs de ces généreux élus ; leur curé leur impose l'église ou le maire la loge ; la politique les enrôle de force dans ses coteries, plus souvent par des menaces que par des bienfaits.

C'est là leur sort actuel : ils le *traînent* dans une situation précaire, s'ils n'ont d'autre titre de rente que le parchemin du diplôme.

Et l'on voudrait qu'ils dorment tranquilles en apprenant que le fils de leur épicier, docteur de l'année prochaine, déjà fiancé à une bonne héritière de la région, va s'installer à côté d'eux ? Et ils n'auraient pas encore bien plus raison de trembler, si on leur dit que le nouvel arrivant de demain ne compte que sur le métier pour vivre ?

Ah ! vraiment si, les médecins de campagne sont bien en cause dans la question de l'encombrement. S'ils ont moins à perdre, c'est qu'ils possédaient moins, mais ce *moins* c'était purement et simplement le gagne-pain, l'indispensable nécessaire. Allez donc partager cela si vous le pouvez, sans qu'il en résulte la ruine et l'indigence.

Et dès lors, soyons tous attentifs et prévoyants. Songeons à la défense commune par l'entente et la solidarité : écoutons tout ce qui nous sera suggéré par elles. Là seulement nous trouverons l'atténuation du danger qui nous menace tous sans exception.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par les bains sinapisés.

M. le Dr *Caillard*, de Sainte-Marie de Ré, vient d'expérimenter la méthode des bains sinapisés dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants, méthode préconisée par MM. les docteurs Lemoine, de Lille, et Desmons, de Ronchin. Les résultats ont été de tous points conformes à ceux annoncés par ces confrères. « Sur les huit enfants que j'ai soignés pour broncho-pneumonie grippale, dit M. le Dr Caillard, il y a eu huit guérisons rapides. Le nombre des bains a été le plus souvent de un par heure, au début, avec 250 gr. de farine de moutarde dans chacun, et de un toutes les 2 ou 3 heures, quand les symptômes alarmants avaient disparu. Mes clients ont tous accepté très facilement cette méthode, car, dès le premier bain l'amélioration devenait si évidente, qu'il n'y avait pas à se méprendre sur sa cause. Une de mes petites malades avait eu trois violentes poussées successives, à quelques jours d'intervalle : à chaque retour offensif de la maladie, j'ai ordonné les bains, et j'ai eu la satisfaction d'obtenir une guérison de plus. En général, 48 heures après le début du traitement, la broncho-pneumonie était enrayée : la température ne s'élevait plus, la respiration était calme, le bébé paraissait disposé à jouer, et tout le monde était content. J'administrais alors une potion tonique, si le malade était trop affaibli. Avec ce traitement, la guérison était définitive en 6 ou 7 jours.

En fait, il est difficile de faire accepter à la campagne la méthode des bains froids, à cause des préjugés, tandis que le bain chaud sinapisé effraye beaucoup moins les familles et nous permet d'obtenir en somme de très jolis résultats contre une maladie, d'habitude meurtrière.

La mort subite des nourrissons.

La mort subite est un terrible accident qui survient chez les nouveau-nés de quelques jours à quelques mois et qui amène trop souvent d'injustes condamnations ou, tout au moins, d'indignes soupçons sur le compte des médecins ou des nourrices chargés de les soigner.

Voici comment les faits se passent habituellement : Un bébé qui paraît parfaitement bien portant, sans présenter aucun symptôme précurseur quelconque, est frappé subitement, tantôt dans son lit, tantôt pendant qu'il est debout, qu'il joue, etc. A l'autopsie on ne trouve rien ; pas d'altérations ou modifications quelconques dans les voies respiratoires (trachée et larynx notamment), ni dans le cerveau ; en un mot, rien qui puisse expliquer cette mort subite, sinon une hypertrophie simple, plus ou moins considérable du thymus. Quelquefois, cependant, la mort est précédée d'une période généralement très courte de dyspnée, d'accès d'asphyxie. Cette hypertrophie thymique est rarement diagnostiquée pendant la vie, car elle atteint rarement des proportions considérables, elle est le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Il arrive que devant ces morts foudroyantes, où l'autopsie ne révèle rien, des gardes, des bonnes d'enfants sont accusées d'assassinat.

M. Berthold cite, dans les *Archiv. für Kinderheilkunde* (trad. in *Journ. de clinique infantile* de M. Variot), un cas où une nourrice fut accusée de la mort de l'enfant à elle confié, quand, par une contre-expertise, on a trouvé l'hypertrophie thymique comme étant la cause de la mort. Le thymus peut être atteint d'un grand nombre de modifications pathologiques, telles que les suppurations, la tuberculose, les hémorrhagies, l'hyperémie, le carcinome et le sarcome, etc. ; mais, chose curieuse, dans les cas de mort subite, on n'a constaté jusqu'à présent que l'hyperplasie simple de l'organe.

A côté de l'hypertrophie du thymus, il y a deux autres causes de mort subite chez des enfants bien portants : le spasme de la glotte (chez les rachitiques) et l'extension brusque de la tête en arrière.

Il peut notamment arriver que dans ces derniers cas et dans des conditions favorables, par exemple, quand il y a hypertrophie du thymus, en rejetant fortement en arrière la tête, la trachée se trouve comprimée entre la colonne vertébrale, le sternum et le thymus, que sa lumière soit complètement oblitérée, d'où mort subite. Cela arrivera surtout chez des rachitiques, chez lesquels le volume de la tête est relativement énorme et le poids augmenté, et qui sont incapables (par faiblesse) de la ramener dans la position normale, sans l'aide d'une autre personne.

La paralysie générale et l'alcoolisme paralytique.

M. le Dr *Marandon de Montyel* a publié, dans la *Revue de Médecine*, une très remarquable étude sur le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la paralysie alcoolique. « Il arrive fréquemment que des alcooliques sont pris pour des paralytiques généraux, dit M. Marandon de Montyel, ou inversement que des paralytiques généraux sont pris pour des alcooliques. Cela se comprend, car s'il est un alcoolisme facilement curable en très peu de temps, qui se présente avec la symptomatologie complète de la paralysie générale vraie, celle-ci est encore assez souvent engendrée par des excès de boisson, et il y a, sans conteste, une vraie paralysie générale alcoolique. En outre, la paralysie générale vraie, due à des causes tout autres que l'alcool, éclatant chez des gens qui n'ont jamais bu, a la fâcheuse propriété de développer ce goût ; il y a encore une dipsomanie paralytique. La difficulté est donc triple. »

Pour M. Marandon de Montyel, ainsi que pour M. Charpentier, dit *la Revue de Pathologie* de M. Courtois-Suffit, il faut croire à une paralysie générale alcoolique à caractères cliniques particuliers, et signaler surtout ce détail qu'elle survient chez les alcooliques, qui n'ont pas présenté de troubles nerveux antérieurs. Le début en est « *brusque, éclatant comme un coup de foudre dans un ciel serein* ». En tout état de cause, le mode de début et le véritable état des sentiments affectifs et moraux, sont les meilleurs guides pour le diagnostic. Un autre trait distinctif des paralysies alcooliques (Schule) est une dégénérescence morale, symptôme essentiel et qu'on observe dès le début. Dans la paralysie typique on peut voir, au milieu de la déchéance intellectuelle, des sentiments élevés et nobles

apparaître encore d'une façon passagère ; dans l'autre, au contraire, les sentiments moraux s'émoussent dès l'abord et les besoins des sens prennent une importance exagérée. Plus que les désordres physiques et que les troubles intellectuels, la sensibilité psychique apportera donc quelque lumière.

Le placenta syphilitique

Le Dr *Wallich* vient de résumer, dans un très intéressant article de *la Revue pratique d'Obstétrique et de Pædiatrie*, les connaissances actuelles sur le placenta syphilitique. Ce placenta, en général, ne présente aucune grosse lésion apparente, aucune gomme, aucun foyer induré ; mais, en revanche, il est rouge pâle, anémié, de coloration uniforme, volumineux, épais, quelquefois énorme et, surtout, lourd, plus lourd qu'à l'état normal, disproportionné au fœtus : la caduque est épaissie, adhérente à l'utérus, absente sur les membranes.

A l'état normal, pour un fœtus pesant entre 3.000 et 3.500 grammes, le placenta pèse environ 500 grammes. Or, pour le placenta syphilitique, les différences sont plus considérables : le fœtus pesant 2.250 gr., le placenta pèse 565 gr.

Cette disproportion est croissante, à mesure qu'on s'éloigne du terme, d'après les chiffres obtenus par M. Bridier, car alors qu'à l'état normal le placenta pèse environ 1/6 du poids du fœtus, nous voyons qu'en moyenne, dans la syphilis, il pèse à terme 1/4,5, à 8 mois 1/3,8, à 7 mois 1/3. Or, ce qui crée cette disproportion, ce n'est pas la diminution du fœtus, c'est l'augmentation du placenta. Car, contrairement à ce qui a été écrit, le fœtus syphilitique, qu'il naisse à terme ou avant terme, est très souvent bien développé, même s'il naît mort et macéré, il a la taille et les proportions de son âge ; s'il naît vivant, c'est la plupart du temps, sans lésions apparentes, surtout si la mère a été traitée ; ces lésions ne surgissent que 15 jours, trois semaines au plus tard, et c'est alors que commence, et rapidement, la déchéance, que l'enfant cesse d'augmenter, qu'il diminue, que la peau se ride ; qu'il prend l'aspect d'un petit vieux. Tout cela lorsqu'il n'est pas mort rapidement, sans raison anatomique, alors qu'il présentait l'aspect du plus beau développement 3, 4, 5 jours après sa naissance. Le fœtus ou le nouveau-né, en un mot, paraît tirer plutôt d'un empoisonnement aigu, que de ses lésions placentaires, ce qui a été si bien appelé son inaptitude à la vie.

Tout autre chose est ce qui se passe dans l'albuminurie, quand elle s'accompagne de lésions placentaires ; le placenta profondément altéré pèse 1/5 seulement du poids du fœtus, au lieu du 1/4 comme dans la syphilis ou du 1/6 comme à l'état normal. Mais ici l'état du fœtus est bien différent, son poids est faible, sa taille au-dessous de son âge, sa maigreur caractéristique, l'a fait comparer par M. Pinard à l'araignée, avec ses membres longs et grêles, le tronc petit ; il a succombé lentement, ou s'est mal développé par suite des altérations profondes de son placenta, de phtisie placentaire comme on l'a dit. Et après la naissance, combien le tableau diffère de celui de la syphilis, où l'on voit ce bel enfant mourir subitement, ou devenir un petit vieux ; ce fœtus albuminurique, maigre, ce petit vieux, va, débarrassé de son placenta malade, faire le triomphe de la couveuse, il va en quelques jours se développer, se remplir, prendre la taille et le poids de son âge.

L'éventration après la grossesse.

D'après le Dr *A. Querneau*, de Morlaix, la grossesse produit souvent une éventration physiologique, qui est susceptible de persister et de constituer un véritable cas pathologique.

On peut, par des mesures fort simples et une hygiène spéciale, prévenir, jusqu'à un certain point, la persistance de l'éventration après les couches. Ces mesures doivent être prises bien exactement : 1° pendant la grossesse, 2° pendant l'accouchement, 3° dans les suites de couches.

L'éventration produit à la longue l'entéroptose, avec ses conséquences désastreuses.

L'éventration constitue dans les grossesses suivantes un obstacle à l'accommodation et amène des difficultés dans l'accouchement. On peut y remédier par l'emploi d'une ceinture et la version par manœuvres externes au huitième mois de la grossesse.

Quand l'éventration persiste après l'accouchement, on doit employer longtemps et avec persévérance les moyens médicaux qui sont :

D'une part le port d'une ceinture appropriée, d'autre part les procédés suivants :

α. Hydrothérapie ;
β. Massage ;
δ. Electrothérapie ;
ε. Gymnastique.

Il y a deux indications bien nettes d'intervention chirurgicale, lorsque ces différents moyens ont échoué :

A. La femme souffre ;
B. La difformité est un obstacle aux occupations sociales de la femme.

La cure radicale ne sera pas tentée d'emblée. La paroi abdominale sera toujours préparée à l'intervention par le traitement médical durant un temps variable; une moyenne de trois mois est suffisante.

Si les muscles droits sont atrophiés, on emploiera le procédé de M. Le Dentu, avec les incisions successives. Si ces muscles sont suffisamment développés, on emploiera le procédé de M. Doléris, suture du péritoine, des muscles droits et de leur gaine, résection, en dernier lieu seulement, du lambeau cutané.

Traitement de l'impétigo.

A propos du traitement de l'impétigo, M. le Dr *Sabouraud* montre fort judicieusement que les théories modernes et l'encombrement des médicaments nouveaux (allemands pour la plupart) font oublier d'anciennes préparations qui ne méritent cependant pas ce dédain. L'oxyde de zinc, l'acide borique, le dermatol, l'iodoforme, le xéroforme, la résorcine, le thiol, l'aïrol, le tuménol, le sozoiodol, etc., ont détrôné sans raison l'antique médication par l'*Eau d'Alibour* et les cataplasmes de fécule ou d'amidon.

L'*Eau d'Alibour*, *aqua ophthalmica* d'Odhelius, collyre de Stjerncrona (Suède), etc., est une solution de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc, dont la formule est quelque peu variable. Voici les principales :

Eau-de-vie camphrée	50 gr.
Décocté de rue (*Ruta graveolens*	200 gr.
Couperose bleue (sulfate de cuivre)	2 —
Couperose blanche (sultate de zinc)	7 —
Safran	0 gr. 40

Laisser digérer au bain-marie pendant cinquante heures et filtrer à la chausse.

L'ancienne pharmacopée française remplace souvent le décocté de rue par de l'eau « de fontaine » et l'eau-de-vie camphrée par du camphre à saturation de l'eau. Voici une formule actuelle :

Eau distillée	200 gr.
Camphre à saturation de l'eau.	q. s.
Sulfate de zinc	7 gr.
Sulfate de cuivre	2 —
Safran	0 gr. 40

Telle que, cette formule est irritante, caustique et d'application douloureuse. Elle ne saurait être utilisée que sur des ulcérations phagédéniques, ou des plaies atones.

Sur des plaies traumatiques, sur des suppurations superficielles, et contre l'impétigo, elle peut être employée au 1/3.

Eau distillée	600 gr.
Camphre à saturation	q. s.
Sulfate de zinc	7 gr.
Sulfate de cuivre	2 —
Safran	0 gr, 40

Au reste, la règle à suivre dans son emploi est de ne provoquer par son application qu'une cuisson légère de quelques minutes. Toute réaction locale douloureuse s'accompagne de congestion locale, de rougeur vive, nuisible au travail de réparation épidermique. Il faut se rappeler que le pouvoir antiseptique des sulfates est formidable et que la formule mère de l'eau d'Alibour étendue de 10 et 15 fois son volume d'eau est encore fort active. Aussi la règle à donner au patient est-elle de diluer la solution mère jusqu'à ne plus produire qu'une cuisson légère de quelques minutes.

Comment ces applications doivent-elles être faites? La meilleure méthode est la lotion incessante. L'adulte bien conseillé passera la majeure partie de son temps à lotionner son impétigo avec un tampon d'ouate hydrophile, trempé de l'eau d'Alibour étendue. Les quelques jours qu'il perdra à cette besogne seront amplement compensés par la rapidité de la guérison.

Le pansement humide permanent est excellent aussi, mais moins valable cependant. A ce propos, rappelons que le cataplasme de fécule ou d'amidon cuit, arrosé d'eau d'Alibour au 1/3, est le meilleur des pansements humides contre l'impétigo.

Ajoutons que, pour maintenir le cataplasme humide, le taffetas gommé ne donne pas de bons résultats pour l'impétigo ; il vaut mieux remplacer ce taffetas par *une bande de laine*, et soulever cette bande toutes les 3 ou 4 heures pour remouiller le pansement.

En résumé, toute liqueur sulfatée, du titre de l'Eau d'Alibour au 1/3, « représente vraiment la médication spécifique, à la condition de mettre en contact le médicament et la lésion, c'est-à-dire en rupturant la vésicule impétigineuse ou en débarrassant la pustule de ses croûtes avant de faire l'application permanente du médicament. En dosant son titre suivant la susceptibilité de la lésion, en n'obtenant jamais qu'une cuisson légère et passagère, on aura, avec ce traitement, de meilleurs résultats qu'avec toute autre médication ».

MÉDECINE PRATIQUE

Le pronostic médical et chirurgical.

« Docteur, pour combien de temps en aurai-je ? » « Quelle durée aura ce traitement ? » « Le malade guérira-t-il ou non ? » « Combien de temps lui donnez-vous à vivre ? » « Devons-nous prendre nos précautions, en cas de mort prématurée ? » « Ne restera-t-il rien de cette maladie ou de cet accident ? », etc. Telles sont les fort délicates questions, dont on assiège chaque jour le médecin. Certes, nous pouvons toujours nous défendre d'être des devins ou des prophètes, mais nous ne saurions toujours éluder la question et nous ne pourrions, sans nous faire accuser d'ignorance, répondre chaque fois : « *Non possumus, nescimus.* » Et cependant, que d'erreurs, parfois fort graves et préjudiciables, sont commises par les imprudents qui ne veulent pas risquer l'affront du « *Nescio* ! » C'est ici plus que jamais le cas d'appliquer le conseil d'un magistrat, le Président Pottier : « Pour être un bon médecin, Monsieur, il faut deux choses presque aussi importantes l'une que l'autre : le *savoir* et le *savoir-faire.* » Or, la première chose, on l'apprend à la Faculté et à l'hôpital ; la deuxième, on l'apprend généralement à ses dépens avec l'âge et l'expérience ; car, malheureusement ceux qui possèdent le savoir-faire le gardent trop souvent par devers soi et ne semblent le communiquer qu'à regret ; cela est fort compréhensible, quoique peu louable.

La question du pronostic, dans les maladies et dans les accidents, est la partie la plus ardue, la plus difficilement assimilable de la science médicale. C'est pour elle que les médecins manquent trop souvent de savoir et aussi de savoir-faire. Il est vrai qu'on l'enseigne bien insuffisamment dans les traités, comme dans les cours et qu'on s'y arrête trop peu dans les examens comme dans les concours. Et cependant, quelle est la partie la plus importante de la mission du médecin, dans bien des circonstances, sinon la science du pronostic ? Bien savoir examiner son malade, avoir un flair particulier pour dépister le ou les véritables sièges du mal, en deviner les causes exactes, trouver même le traitement le plus convenable, le plus approprié à chaque maladie et à chaque malade est une tâche extrêmement délicate, qui, lorsqu'elle est entièrement menée à bien, attire au médecin une nombreuse clientèle ; mais, à la rigueur, pour toutes ces recherches, le savoir-faire peut, en maintes circonstances, suppléer au savoir, et c'est ce qui explique que tant de charlatans réussissent à côté de véritables savants qui échouent ; mais lorsqu'il s'agit de répondre aux différentes questions que nous signalions en commençant, avec le minimum d'erreurs possible, lorsque les événements ultérieurs sont là pour contrôler, en quelque sorte, les affirmations que l'on a lancées, et que les prédictions faites se réalisent oh ! alors, le médecin qui en est l'auteur peut

compter sur une retentissante réputation et sur une confiance illimitée de son innombrable clientèle : c'est qu'en effet, il y a là,pour tout ce monde, comme une garantie inattaquable de la science de ce médecin ; ce n'est plus un guérisseur habile ou heureux, c'est un vrai savant, car, on se rend compte que le charlatan qui émet des pronostics sans fondement, aboutit à des erreurs énormes neuf fois sur dix ; la dixième fois, il est servi par le hasard. Tout en constatant donc la difficulté énorme pour chacun de nous de réussir toujours dans nos pronostics, nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs sur les éléments qui, dans bien des cas, pourraient nous servir à mieux faire ces pronostics et, par suite, à mieux gagner la confiance de ceux qui nous interrogent.

I

PRONOSTIC MÉDICAL.

Pour pouvoir essayer de formuler un pronostic, il ne faut jamais omettre de s'entourer de toutes les précautions indispensables, de tous les renseignements (commémoratifs, hérédité, antécédents) inhérents au malade, aussi bien qu'étudier d'une manière approfondie la maladie actuelle. Autrement dit, il faut tenir compte du terrain autant que de l'infection et de la virulence.

Ainsi, l'alcoolisme bien et dûment constaté, ou même simplement soupçonné, doit faire porter un pronostic très réservé si le malade est atteint en même temps de pneumonie, d'érysipèle, de fièvre typhoïde, de diphthérie.

L'albuminurie antérieure et surtout l'albuminurie actuelle, empêchent de se montrer optimiste quant au pronostic.

Les maladies antérieures graves : fièvre typhoïde, scarlatine, chorée, rhumatisme articulaire aigu, ont pu toucher le myocarde ou les valvules et contribuent ainsi à la gravité du pronostic.

L'évolution même d'une maladie analogue chez un ascendant ou chez un frère ou une sœur du malade, doit être d'autant plus présente à l'esprit du médecin prudent, que l'entourage en est lui-même plus frappé et plus soupçonneux.

On ne saurait nier, en effet, les similitudes d'évolution d'une même maladie dans certaines familles, tout en ignorant les causes de cette ressemblance (terrain, habitation, alimentation, pratiques habituelles, etc., etc.).

Enfin, il faut tenir compte de l'âge des malades, chaque fois que l'on cherche à porter un pronostic : chez l'enfant, par exemple, la pneumonie franche et la fièvre typhoïde, la scarlatine et l'érysipèle sont, dans l'immense majorité des cas, des affections *bénignes* : au contraire, elles sont *toujours graves* chez les adolescents et les adultes, et *à peu près constamment mortelles* chez les vieillards, surtout la pneumonie et la fièvre typhoïde.

Les questions de salubrité, d'hygiène, d'intelligence et de dévoûment de l'entourage, sont aussi d'une importance appréciable, quand il s'agit de formuler un pronostic.

En ce qui concerne les renseignements fournis par l'étude actuelle du malade, il faut surtout un examen réitéré, à des instants variés de la journée pour pouvoir chercher à en déduire la prévision des événements ultérieurs.

L'*étude du pouls* est la première à faire entrer en ligne de compte ; cette étude doit surtout être pratiquée au moyen de la palpation, le sphygmographe étant un instrument trop infidèle et trop sensible entre des mains non exercées à la physiologie et à la physique. Le phénomène le plus grave est l'*irrégularité des pulsations*, l'arrêt brusque, le faux pas, l'arythmie ; c'est là, en effet, l'indice d'un trouble grave de la circulation, d'une lésion profonde du cœur ou d'une grande perturbation dans l'organisme. La persistance de ce phénomène *concurremment avec d'autres symptômes graves*, est d'un pronostic mortel. L'*inégalité des pulsations* est aussi d'un mauvais pronostic.

Le *dicrotisme* du pouls (dédoublement) a une grande importance dans les fièvres graves et indique habituellement une infection profonde et une résistance médiocre, mais non, sans remède.

Lorsque le pouls est *petit*, *serré*, *dépressible*, *filiforme*, un dénoûment fatal est proche ; il reste peu d'espoir.

Le pouls *bondissant* indique un défaut de pression artérielle, le plus souvent lié à une insuffisance aortique ou à une poche anévrysmale.

Le pouls *dur*, *vibrant*, *pressé* indique un excès de tension artérielle qui peut faire présager une hémorrhagie : Bouillaud ne s'y trompait pas souvent et au grand étonnement de l'entourage, il prédisait parfois de graves accidents hémorrhagiques chez des sujets en apparence convalescents.

Le *nombre des pulsations*, noté conjointement aux degrés de la température, permettait bien des fois à Hardy de pronostiquer la mort dans la fièvre typhoïde : quand sur la feuille d'inscription quotidienne des pulsations et des températures matinales et vespérales, il voyait les courbes correspondantes se croiser, l'une en s'élevant, l'autre en descendant, il affirmait, en toute certitude, la prompte échéance du dénoûment fatal.

La *température* est un autre élément indispensable au pronostic, qu'on ne saurait négliger. La persistance pendant plusieurs jours, sans rémission notable, d'une température de 41 à 42 degrés est incompatible avec la survie. De même, les grandes oscillations de température prolongées pendant plusieurs semaines, indiquent sûrement une infection profonde grave, soit par une suppuration, soit par les toxines du bacille de Koch.

L'hypothermie à 36 et 35 degrés est, si elle se prolonge quelques jours, d'un pronostic absolument fatal.

La persistance des élévations de température, après la chute brusque de la défervescence de la pneumonie, doit faire pronostiquer ou une rechute, ou une évolution tuberculeuse.

Une chute brusque de température, au cours d'une fièvre typhoïde, annonce une hémorrhagie intestinale grave.

Un relèvement de température après la défervescence normale fait présager une rechute.

Au cours d'une scarlatine, une recrudescence de température annonce un rhumatisme scarlatineux, ou une complication viscérale (cœur, plèvres).

L'étude des *urines* donne d'importants éléments de pronostic : en première ligne, *l'albumine* suivant son abondance et, surtout, suivant

sa persistance, est d'un intérêt capital. Toutefois, il faut se souvenir que rien n'est plus variable que l'albuminurie : avec peu d'albumine, on voit parfois de mortels accidents urémiques, avec un précipité caillebotté, on n'observe parfois que peu d'accidents, et même la guérison complète peut survenir ; il est donc indispensable, pour tirer une conclusion pronostique, d'analyser l'urine plusieurs fois à des époques assez espacées, et de se baser sur l'étude d'autres symptômes (œdèmes pulmonaire, cérébral, stases sanguines, toxicité des urines).

L'analyse des urines au point de vue de la quantité de *l'urée*, *des phosphates* et surtout *des chlorures*, a, comme l'ont montré M. Huchard et M. Robin, une très grande importance pronostique.

L'abaissement du taux de *l'urée* peut faire présager une tumeur cancéreuse ou un kyste ovarien malin (Lucas Championnière). La diminution énorme du taux des *chlorures*, est, selon M. Huchard, d'un pronostic absolument fatal. La persistance de la *phosphaturie* peut faire pronostiquer une neurasthénie ou une déchéance organique grave.

La présence de *l'urobiline*, constatée avec permanence dans l'urine, est une présomption sûre en faveur d'une sérieuse altération du foie. La *glycosurie* a une valeur pronostique qui n'échappe à personne.

Enfin *l'indicanurie* a une fâcheuse influence sur le pronostic de la fièvre typhoïde.

La recherche de la *toxicité urinaire* pratiquée sur des animaux, au moyen d'injections intraveineuses, est excellente pour prévoir soit des attaques convulsives chez un épileptique, soit des crises d'éclampsie ou d'urémie chez un albuminurique.

L'étude des *crachats* est souvent d'un très grand secours pour formuler un pronostic dans la phthisie, la pneumonie, la congestion pulmonaire.

La constatation de la présence des bacilles de Koch dans les crachats d'un pleurétique ou d'un bronchiteux suffit pour annoncer la terrible évolution de la phthisie. L'étude expérimentale de la virulence des crachats sur des animaux fournit de même des indications pronostiques certaines pour la tuberculose et pour la pneumonie franche (microcoques de Fraenkel).

Récemment, nous l'avons vu, M. Courmont a essayé de prouver que l'étude attentive de la séro-réaction de Widal dans la fièvre typhoïde donne des résultats extrêmement précis sur la gravité du pronostic de cette maladie.

La résistance de l'organisme est proportionnelle à la séro-réaction ; quand on voit la courbe de la température s'élever, c'est-à-dire la maladie augmenter d'intensité et la courbe des séro-réactions (courbe du pouvoir agglutinatif) descendre, on peut être sûr de la terminaison fatale.

L'auscultation et la percussion, associées à la recherche des vibrations thoraciques, permettent, le plus souvent, chez les pleurétiques, de se rendre compte si l'on doit pronostiquer la phtisie (schéma de Grancher Sonorité — Vibrations — Respiration +). L'auscultation permet aussi de se rendre compte de la marche et de l'étendue des lésions dans la phthisie, dans la broncho-pneumonie, dans la pneumonie, et de porter un pronostic certain sur l'issue de ces maladies. Le nombre précipité des respirations, le battement des ailes du nez, la cyanose de la face, sont toujours d'un fâcheux pronostic. Est-il besoin d'insister sur la valeur presque mathématique, au point de vue du pronostic, de la sécheresse fuligineuse de la langue et du muguet chez les vieillards, de la carphologie et du pliage incessant des couvertures chez tous les malades en général, des convulsions réitérés chez les enfants, du hoquet et du délire chez les adultes et chez les vieillards ? On ne saurait se montrer trop réservé sur le pronostic de la rougeole, dont l'éruption est pâle, violacée et fugace (éruption rentrée), sur la cyanose et l'adénopathie cervicale volumineuse, dans la diphtérie, sur la fréquence des hémorrhagies au début de fièvres éruptives. M. Legroux a montré l'importance pronostique que l'on doit attribuer au point de vue de la tuberculose à la polymicroadénopathie.

De prudentes réserves doivent toujours être faites sur l'avenir des petits enfants et en particulier des nouveau-nés, atteints de végétations adénoïdes, de cyanose avec malformations cardiaques, d'hypertrophie du thymus plus ou moins apparente. Il faut toujours avoir présente à l'esprit cette possibilité de l'hypertrophie du thymus dans les premiers mois de la vie, car elle cause bien des morts subites chez les bébés.

En ce qui concerne les lésions cardiaques, il est nécessaire, pour formuler des pronostics, de se souvenir que l'insuffisance aortique tout comme les anévrysmes expose à la mort subite, que la myocardite expose à cette même éventualité, que les lésions mitrales compensées et non surmenées par des exercices pénibles, sont compatibles avec une survie appréciable (60 à 70 ans), mais que les excès de n'importe quelle nature amènent en quelques mois le dénoûment final.

Nous ne surprendrons personne en signalant les renseignements précieux au point de vue du du pronostic, que fournissent les éruptions cutanées : furoncles et anthrax chez les glycosuriques, eczémas chez les arthritiques, alternance des poussées internes (bronches, pharynx) et des poussées cutanées chez les herpétiques, etc.

En ce qui concerne la durée des maladies, évidemment, rien n'est plus variable, selon le nombre des complications, la tare des malades, leur âge, le milieu où ils se trouvent, etc. On peut néanmoins se baser sur quelques moyennes et prendre comme types les formes normales en prévenant l'entourage de la possibilité de complications qui allongeront la maladie. L'angine simple évolue généralement en 4 ou 5 jours, l'angine phlegmoneuse en 8 jours ; la bronchite moyenne en 3 semaines ; la pneumonie en 9 à 10 jours pour la période aiguë et en 4 ou 5 semaines en comprenant la convalescence.

La fièvre typhoïde dure 21 à 25 jours et 2 ou 3 mois pour la convalescence.

La scarlatine, 5 à 6 jours pour l'éruption, 6 à 7 semaines pour la convalescence.

La rougeole, 8 jours pour l'éruption, 15 à 20 jours pour la convalescence.

La variole, 10 à 15 jours pour l'éruption, 5 ou 6 semaines pour la convalescence.

La coqueluche, 6 semaines à 3 mois environ.

Les oreillons, 8 à 10 jours.

L'érysipèle de la face, 9 à 12 jours, et demande 2 à 3 semaines pour la convalescence.

La chorée dure souvent 3 mois.

La diphthérie, avec la sérothérapie, dure 6 à 8 jours et exige 2 mois de convalescence.

La pleurésie séro-fibrineuse évolue en moyenne en 3 ou 5 semaines.

L'ictère catarrhal dure souvent de 15 à 20 jours.

Le rhumatisme articulaire se prolonge pendant 2 ou 3 semaines, parfois 2 ou 3 mois.

La syphilis évolue en 3 périodes : la 1re (celle du chancre), survenant après une incubation de 20 à 25 jours, dure 3 à 6 semaines ; la 2e (période secondaire) peut avoir une longue durée, si elle n'est pas convenablement traitée : 3, 6, 12 mois. Enfin, la 3e période a une durée plus longue encore, 3, 6, 10, 20 ans même. Généralement, on admet qu'au bout de 5 ans de soins non interrompus, la maladie est éteinte.

Les affections de la moelle épinière ont une durée extrêmement variable : 1 an à 12 ou 15 ans. — La méningite tuberculeuse évolue le plus souvent en 2 ou 3 semaines. Quant à la tuberculose, nul ne pourrait donner des chiffres même approximatifs : la tuberculose aiguë ou granulée dure 15 à 25 jours ; la tuberculose chronique 1 an à 20 ans.

Pour en affirmer la guérison, il faut constater pendant plus de 6 mois la disparition des bacilles dans les crachats, la disparition des signes stéthoscopiques et l'augmentation progressive et non interrompue du poids.

Le cancer a une durée très variable, mais il est rare qu'il ne tue pas le patient dans les deux ans au maximum.

Tels sont, en quelques lignes, les principaux points de repère qui serviront aux médecins à répondre aux embarrassantes questions qu'on leur pose dans la pratique.

Dr Paul HUGUENIN.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une maison de retraite du corps médical.

Vers 1878 un projet fut conçu pour réaliser ce but, sous le nom de Société *Arti et amicitiæ*, au moyen d'une souscription, à laquelle nombre de médecins et l'Association générale elle-même, prirent part. Les sommes recueillies par l'initiateur disparurent et plus jamais, on n'en entendit parler.

Le projet actuel n'a aucune ressemblance, heureusement, avec le premier. Il s'agit d'établir une *Société de bienfaisance* pour la création d'une maison de retraite et une assemblée des initiateurs de la Société, le Dr Leblond ; le Dr Segond, chirurgien des hôpitaux ; M. Vigier pharmacien, adjoint au maire du Xe ; Dr L. Gourichon et Fievet, pharmacien, a établi les statuts. M. A. Leblond, médecin de Saint-Lazare, a consacré les revenus du journal qu'il vient de fonder et dont nous avons, il y a deux mois, annoncé la création, la *Revue du praticien*, à la propagande et au soutien de l'œuvre nouvelle. La Caisse de la Société contient déjà plus de *mille francs*, et M. Leblond espère que ses confrères n'hésiteront pas à venir grossir ce chiffre par leur abonnement qui, ainsi, ira soulager des infortunes.

Les médecins, veuves, enfants de médecins, seront admis dans les maisons de retraite, hospitalisés et traités aux frais de l'Œuvre, qui s'occupera en outre du placement des veuves et enfants, hospitalisés dans la maison de retraite.

La Société se composera de : 1° Membres fondateurs qui verseront une somme *d'au moins* 10.000 francs ; 2° Honoraires perpétuels, minimum 500 francs ; 3° Honoraires temporaires, versement *annuel* 100 francs ; 4° Adhérents, les *souscripteurs de publicité* pour une somme d'au moins 400 fr., dans le journal ; 5° Les *bienfaiteurs* ; tous les abonnés à 5 francs.

Nous souhaitons bonne chance à cette louable entreprise, que certes on ne peut pas qualifier autrement que de : spéculation médico-philanthropique.

Epilogue de l'affaire Laporte.

Paris, 14 mars 1898.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Maintenant que la Cour a donné satisfaction aux légitimes espérances du corps médical solidarisé à propos de mon affaire, il me reste à vous remercier de la sympathique attitude que vous n'avez cessé d'avoir envers moi.

Je remercie les membres du *Concours* et tous vos collaborateurs de leur généreux et précieux appui.

Je vous prie de recevoir les marques de ma plus sincère reconnaissance.

Dr LAPORTE.

N. D. L. R. Nous applaudissons de tout cœur à l'initiative, prise par le Syndicat de la Seine, d'offrir un banquet à notre confrère, afin de montrer que la solidarité, née aux mauvais jours, doit persister après le triomphe de la bonne cause. C'est la suprême leçon qu'il convient de tirer de cette déplorable aventure ; elle ne doit pas être perdue.

La discussion sur les patentes médicales à la Chambre des députés.

Il est encore des députés qui n'oublient pas qu'ils ont été médecins, et que rien de ce qui est médical ne leur doit être indifférent. M. le Dr Pédebidou, des Hautes-Pyrénées (un assidu de nos banquets, et un des plus anciens membres du Concours), a renouvelé devant la Chambre l'assaut déjà donné devant la Commission, à deux de ces vieilles bastilles élevées par l'iniquité, sous le drapeau de l'égalité poussée jusqu'aux plus absurdes assimilations.

Les efforts de notre confrère n'ont pas abouti au succès. Il n'en n'a pas moins droit à nos félicitations. La cause était bonne, elle triomphera un jour ou l'autre ; l'important était que la question fût soulevée en bons termes. Notre ami a fait son devoir. Honneur au courage malheureux !

M. LE PRÉSIDENT. M. Pédebidou a déposé un amendement ainsi conçu :

« En ce qui concerne les médecins, le droit proportionnel est limité aux locaux professionnels, à l'exclusion de ceux affectés à l'habitation.

« En ce qui concerne également les médecins, sont seuls assujettis au droit proportionnel les locaux situés dans l'arrondissement d'enregistrement du diplôme ; si le même médecin occupe deux habitations distinctes dans le même arrondissement

ou dans un autre arrondissement, il y a lieu d'imposer seulement celle servant à l'exercice de sa profession. »

La parole est à M. Pédebidou.

M. Pédebidou. Messieurs, mon amendement concerne deux catégories différentes de médecins, c'est-à-dire qu'il s'applique d'une part à tous les médecins et que, d'autre part, il ne touche que les médecins qui exercent dans une station balnéaire.

Je m'étais promis d'appeler l'attention de la Chambre sur les conséquences de la nouvelle loi des patentes en ce qui concerne les professions libérales, en général, et les médecins en particulier. L'honorable M. Bertrand a singulièrement facilité ma tâche ; il a été assez heureux pour démontrer combien serait onéreuse pour les professions libérales l'élévation du taux de la patente qui passait du quinzième au douzième. Je voulais démontrer que, pour les médecins, ce taux était absolument inique. Cette profession traverse une crise des plus graves ; le nombre de ses membres augmente chaque année dans des proportions inquiétantes ; les cliniques, les dispensaires, ont amené une diminution très sensible dans la clientèle.

A Paris, comme en province, existe un véritable prolétariat médical dont les souffrances, toujours croissantes, sont d'autant plus vives qu'elles frappent des hommes qui luttent péniblement contre la pire des misères, la misère en habit noir.

La Chambre a justement refusé de suivre la commission des patentes sur le terrain de la fiscalité à outrance ; elle a repoussé la substitution du 12e au 15e pour les professions libérales. Je voudrais que sa générosité allât un peu plus loin : et je lui demande de revenir sur l'évaluation du droit proportionnel à l'égard des médecins. Ce droit proportionnel est basé uniquement sur le loyer.

Or, dans la plupart des cas, le loyer, vous le savez, ne dépend pas tant de la volonté du contribuable lui-même que de ses charges de famille. Plus le contribuable a d'enfants, plus il est obligé d'avoir un vaste local pour les loger, et, plus, par conséquent, quand il s'agit d'un médecin, le droit proportionnel sera élevé ; si bien qu'une nouvelle naissance devient une source de revenus pour le Trésor public.

Pourquoi la commission des patentes n'est-elle pas entrée dans la voie de la dégression en décidant que ce droit proportionnel varierait suivant le nombre des enfants, qu'il serait, par exemple, du quinzième si le patentable a un enfant, du vingtième s'il en a deux, et du vingt-cinquième s'il en a quatre ?

La commission qui m'a fait l'honneur de m'entendre a fait la sourde oreille ; quand je lui ai demandé de consentir à un changement dans l'assiette du droit proportionnel pour les médecins, elle s'est également opposée à la fixation du droit proportionnel non pas sur la totalité du loyer, mais sur une fraction ; elle n'a pas voulu faire le départ entre la partie du logement affectée à la famille du médecin et la partie affectée à sa profession.

Je prie la Chambre de ne pas assimiler le médecin à un négociant ou à un industriel ; je lui demande de modifier la base d'évaluation de sa patente et de décider que le droit proportionnel portera non sur la totalité du loyer, mais simplement sur la partie affectée à la profession. (*Très bien ! Très bien !*)

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Moret, *rapporteur*. Notre honorable collègue M. Pédebidou nous invite à créer spécialement pour les médecins des eaux une législation particulière ; voici, en effet, les termes de son amendement :

« En ce qui concerne les médecins, le droit proportionnel est limité aux locaux professionnels, à l'exclusion de ceux affectés à l'habitation. »

Voici les conséquences de l'amendement. Un médecin des eaux habite Paris une grande partie de l'année ; pendant la saison il se rend à Bagnères-de-Bigorre, à Aix ou ailleurs, et il y exerce sa profession. La prétention de ce médecin est de ne payer la patente que sur les locaux afférents à l'habitation professionnelle, là où il réside ; il se fonde, pour demander cette faveur, sur la loi du 30 novembre 1892, article 9, qui exige du médecin la déclaration à faire, dans le mois qui suit son installation, à la préfecture, à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

M. Pédebidou nous dit : Vous avez en 1892 exigé du médecin qu'il fasse une déclaration à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil, de son arrondissement ; vous considérez donc cet arrondissement comme étant celui de son domicile.

M. Pédebidou. Je n'ai pas dit cela du tout ! Nous ne sommes pas encore venus à ce point particulier.

Si vous m'aviez fait l'honneur de m'écouter, monsieur le rapporteur, vous ne combattriez pas une rédaction que je n'ai pas encore proposée.

M. le Rapporteur. Vous avez deux amendements.

M. Pédebidou. Mais c'est du premier simplement, c'est de la question des locaux, qu'il s'agit.

M. le Rapporteur. Abordons si vous le voulez, la question des locaux prise séparément.

Votre prétention est celle-ci : le médecin ne doit payer la patente que sur les locaux servant ou à l'exercice de sa profession, ou à son habitation personnelle, mais pas sur les deux locaux à la fois. Voilà bien exactement, si je ne me trompe, votre proposition. Or, cette prétention est en contradiction manifeste avec les principes du droit commun en matière de patente.

Aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, tout patentable est imposé au droit proportionnel non pas seulement sur les locaux servant à son habitation, mais sur ceux servant à l'exercice de sa profession. Nous demandons pourquoi une exception serait faite en faveur des médecins. Nous ne la comprenons pas et nous ne voyons pas que vous ayez donné des motifs qui justifieraient une dérogation spéciale en faveur des médecins des eaux.

Sous le bénéfice de ces considérations, j'espère que la Chambre n'hésitera pas à repousser l'amendement qui lui est proposé. (*Très bien ! très bien !*)

M. le Président. Je mets aux voix le premier amendement de M. Pédebidou :

« En ce qui concerne les médecins, le droit proportionnel est limité aux locaux professionnels, à l'exclusion de ceux affectés à l'habitation. »

(L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.)

M. le Président. Voici maintenant le second amendement de M. Pédebidou. Je donne lecture d'une rédaction qu'il a déposée d'accord avec M. Isaac :

« Les médecins ne pourront être assujettis au paiement de la patente que dans la commune où ils exercent réellement leur profession et pour laquelle ils ont fait enregistrer leur diplôme, conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892.

La parole est à M. Pédebidou.

M. Pédebidou. Messieurs, l'amendement que j'ai l'honneur de vous soumettre intéresse d'une façon toute particulière les médecins qui exercent dans une station balnéaire, c'est-à-dire ceux qui, pendant l'été ou pendant l'hiver, quand il s'agit des stations de la Méditerranée, possèdent un cabinet où ils exercent leur profession et qui, pendant plus de la moitié de l'année, se retirent soit dans une ville, soit à la campagne où ils ne pratiquent pas leur art.

Un docteur en médecine n'est imposable à la patente qu'autant qu'il exerce la profession de médecin : le titre de docteur en médecine est un titre universitaire, c'est la profession seule qui, aux termes de l'article 1er de la loi du 25 avril 1844, est astreinte au droit proportionnel. L'article 10 de la même loi, confirmé par l'article 14 de la loi du 15 juillet 1880, porte que le patentable qui possède une ou plusieurs habitations indépendamment de celle où il a sa résidence principale ne paye le droit proportionnel que pour celles de ses maisons qui lui servent à l'exercice de la profession.

Cette jurisprudence avait été celle du conseil d'E-

tat, puisqu'un arrêté du 28 juin 1870 avait décidé que le médecin d'eaux n'a pas à payer le droit proportionnel de patente au lieu de la résidence où il n'exerce pas la médecine. Quelques années plus tard, dans une affaire entre le fisc et un médecin d'une station thermale, le conseil de préfecture de la Seine avait pris une décision conforme à celle du Conseil d'Etat. Mais voilà qu'en 1895 le même conseil d'Etat abandonne sa jurisprudence primitive, casse l'arrêt de 1894 et déclare que la résidence habituelle et principale d'un docteur en médecine est celle où il habite pendant la plus grande partie de l'année, et que c'est à juste titre que le docteur y est imposé au droit proportionnel de patente bien qu'il n'y exerce pas la médecine.

Voilà une théorie qui est difficilement soutenable. Quelle est l'habitation principale du citoyen ? C'est celle où il exerce ses droits civils, où il a son principal établissement. Voilà comment le code civil définit l'habitation principale.

Par conséquent, pour le docteur en médecine, le principal établissement est au lieu où il exerce sa profession, alors surtout qu'il y exerce également ses droits civils, sans que la durée du séjour puisse entrer en ligne de compte. Qu'importe que le médecin habite trois, quatre ou huit mois son établissement principal ? L'essentiel, c'est qu'il y exerce sa profession en même temps que ses droits civils.

Comment pourrait-on admettre, avec le conseil d'Etat, que le seul fait de résider la plus grande partie de l'année dans un endroit constitue l'habitation principale au point de vue de l'exercice de la profession, alors que le docteur n'exerce ni la médecine ni ses droits civils dans le lieu où il réside le plus souvent et alors que la loi porte que le droit proportionnel ne doit être payé que pour celle de ces habitations servant à l'exercice de la profession ?

Cette jurisprudence du conseil d'Etat est en contradiction flagrante avec la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

Aux termes de l'article 9 de cette loi, « tout médecin est tenu de faire enregistrer son diplôme à la sous-préfecture et au greffe du tribunal où il exerce, sous peine d'une amende indiquée dans l'article 22. »

Est-il logique d'imposer une patente au médecin là où il ne peut exercer légalement sa profession ? C'est cependant le sort de la plupart des médecins des stations balnéaires. Pendant la plus grande partie de l'année, retirés à la ville ou à la campagne, ils s'abstiennent de toute pratique de la médecine. Pour s'abriter contre les exigences de l'administration, ils se sont bien gardés de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture et au greffe du tribunal de l'arrondissement où ils résident quelques mois, mais où ils n'exercent pas la médecine ; ils ont obéi simplement au vœu de la loi, en faisant inscrire leur diplôme au seul greffe du tribunal de l'arrondissement où ils exercent leur profession et où ils ont leur principal établissement.

Par conséquent, leur infliger une double patente, une pour le lieu où ils pratiquent la médecine, une autre pour le lieu où ils n'exercent pas leur profession, me paraît une flagrante iniquité. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

M. Charles Gruet. — C'est la loi que subissent les commerçants et les industriels. Ils sont dans la même situation.

M. Pédebidou. C'est une iniquité sur laquelle il faut revenir. Je proteste encore une fois contre toute assimilation avec les commerçants et les industriels ; il n'est pas possible que les médecins des stations balnéaires soient frappés partout où ils ont un établissement.

Je pris la Chambre de vouloir bien prendre en considération mon amendement et de décider que, désormais, la patente proportionnelle ne pourra être infligée au médecin que dans la commune de l'arrondissement où il a fait enregistrer son diplôme alors, bien entendu, qu'il n'exerce pas ailleurs sa profession pendant une partie de l'année. (*Très bien ! très bien !*).

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. Messieurs, le second amendement de notre collègue M. Pédebidou n'est en réalité qu'un succédané du premier.

La Chambre a donc déjà, par son vote, repoussé le principe de son second amendement, dont voici à peu près le texte : En ce qui concerne les médecins, ils ne pourront être assujettis au droit proportionnel de la patente que dans l'arrondissement où ils auront fait enregistrer leurs diplômes. S'ils possèdent deux habitations dans deux communes du même arrondissement, la patente sera appliquée au local qui sert à l'exercice de la profession.

Ainsi un médecin a deux habitations dans le même arrondissement : l'une sert à l'exercice de sa profession, l'autre à son habitation personnelle. Le but de l'amendement est de soustraire à l'impôt l'une de ces deux habitations.

Nous ferons la même réponse que celle que nous avons faite tout à l'heure. La loi est d'ordre général, elle s'applique à tous, aux médecins comme aux autres patentables. Or, il est de principe constant, que tous les patentables quel qu'ils soient sont assujettis à la patente non pas seulement pour l'habitation servant à l'exercice de leur profession, mais encore, pour tous leurs locaux professionnels. C'est là le droit commun. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage. (*Très bien ! très bien !*).

M. le Président. Je mets aux voix l'amendement de M. Pédebidou.

(L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I. L'acquittement du Dr Laporte.

Il convient de publier in extenso le jugement qui a rendu au Dr Laporte, et au Corps médical tout entier, la justice impatiemment attendue. Ce jugement, le voici :

« La Cour ;

« Considérant que le 11 septembre dernier, à 11 heures du soir, le Dr Laporte a été requis, comme médecin inscrit au service médical de nuit du poste du quartier de Charonne, afin de procéder à l'accouchement de la femme Fresquet, demeurant, 23, rue Courat ;

« Considérant que la femme Fresquet avait été prise, depuis la veille, des douleurs de l'enfantement que la rupture de la poche des eaux s'était produite dans l'après-midi du 11, et que, dès 8 heures du soir, la sage-femme du Bureau de bienfaisance, la demoiselle Maîtrepierre, sachant que la femme Fresquet, mère de 4 enfants vivants, avait dû subir quatre fois l'application du forceps dans ses cinq accouchements précédents, avait, en prévision d'un accouchement laborieux, demandé l'assistance d'un médecin ;

« Considérant qu'en raison de la réglementation du service médical de nuit, le sieur Fresquet, sans ressources, gagnant péniblement sa vie et celle de sa famille, en vendant de la pâtisserie sur la voie publique, avait été obligé d'attendre jusqu'à 11 heures du soir pour obtenir l'assistance gratuite du médecin ;

« Que Laporte, à son arrivée, mis au courant de la situation par la sage-femme, constata une présentation du sommet, la tête fœtale étant fixée au détroit supérieur du bassin, légèrement rétréci, et reconnut que le cordon faisant procidence depuis plusieurs heures, l'enfant, dont les battements du cœur n'étaient plus perceptibles, devait être mort à ce moment ;

« Considérant que Laporte, après avoir fait chlo-

roformer la parturiente, tenta d'abord pour la délivrer, trois applications infructueuses du forceps ; qu'il se résolut alors à pratiquer l'opération de la craniotomie ; que, pour perforer la tête de l'enfant, il employa d'abord le craniotome formé par la pointe aiguë de la branche dévissée de son forceps, mais qu'avec cet instrument il ne put pénétrer jusqu'à la tête fœtale, en raison de la situation qu'elle occupait, que, n'ayant pas d'autre instrument à sa disposition, il demanda à Fresquet sa boîte à outils, dans laquelle il choisit : une aiguille à matelas longue de 21 centimètres 1/2, un ciseau à froid et un marteau ;

« Considérant qu'après avoir introduit, à plusieurs reprises, l'aiguille à matelas dans les parties génitales, il réussit à faire, sur le crâne et sur le pariétal droit, de petites perforations par lesquelles se produisit un léger écoulement de substance cérébrale, n'amenant qu'une diminution insuffisante du volume de la tête ;

« Que Laporte recourut, alors, à l'introduction du ciseau à froid, sur lequel il tapotait avec le marteau, mais que ces instruments lui furent aussitôt arrachés des mains par le mari et une voisine, la femme Houbert, présents à l'opération, et effrayés par cet emploi d'instruments inusités ; qu'à ce moment la femme Fresquet, cessant d'être sous l'influence du chloroforme, se réveilla et qu'une dernière contraction fit apparaître la tête de l'enfant, que Laporte réussit à ramener par une quatrième application du forceps ; que Laporte, après avoir délivré la parturiente, se retira vers deux heures et demie du matin, persuadé, ainsi qu'il l'a déclaré, qu'il avait réussi une opération particulièrement difficile ;

« Considérant que dans la journée du lendemain, la femme Fresquet avait le ventre ballonné et douloureux ; que trente-six heures après elle n'avait pas uriné et que la sage-femme dut pratiquer un sondage qui n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide, que dans la journée du 13, la malade dut être transportée à l'hôpital Tenon où elle succomba le 14, à huit heures du matin ;

« Considérant que le procès-verbal de l'autopsie, à laquelle il a été procédé par le Dr Socquet, constate que la mort de la femme Fresquet a été la conséquence d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie ;

« Considérant que le prof. agrégé Maygrier, adjoint après l'auptosie par M. le juge d'instruction au Dr Socquet, a également constaté des lésions de l'utérus et de la vessie, découvertes à l'autopsie, et évidentes sur les pièces enlevées, consistant en deux perforations, dont l'une occupait la face antérieure du col de l'utérus et dont l'autre intéressait la partie latérale droite de la vessie, faisant communiquer cet organe avec le péritoine, amenant l'écoulement de l'urine dans le ventre ;

« Considérant que l'examen de l'utérus et de la vessie, qui ont été conservés, a permis aux deux experts d'affirmer, sans hésitation, qu'en raison de leur siège et de leur caractère anatomique, ces perforations linéaires et verticales, situées à la même hauteur, en regard l'une de l'autre, infiltrées de sang, à bords absolument nets, étaient certainement d'origine traumatique et ne pouvaient être confondues, soit avec des ruptures spontanées, s'étant produites par compression dans le travail de l'enfantement, soit avec des lésions déterminées par des aiguilles osseuses du bassin, sur lequel, d'ailleurs, le Dr Soequet n'a pas constaté, à l'auptosie, l'existence de ces lésions anormales, que les experts ont reconnu que cette double perforation avait pu être produite par une seule atteinte d'un instrument piquant et élargi à sa base, tel que l'aiguille à matelas, dont Laporte a fait usage au cours de l'opération de la craniotomie :

« Considérant que Laporte, lui-même, au cours de l'autopsie, à laquelle il assistait, a reconnu que la vessie avait été perforée au cours de son opération, qu'il n'avait aucune objection à soulever contre les constatations faites par le Dr Soequet, ajoutant qu'il reconnaissait la matérialité des faits ; que quelques jours plus tard, il déclarait encore au juge d'instruction qu'il avait le souvenir d'être allé un peu trop loin avec l'aiguille, sans s'être rendu compte à ce moment d'avoir atteint la vessie, d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré, et que c'était alors qu'il avait abandonné l'aiguille, pour se servir du ciseau à froid ;

« Considérant qu'en présence des constatations décisives des experts, commis par justice, confirmées par les déclarations mêmes du prévenu, on ne saurait mettre en doute que Laporte ait, par des lésions faites au cours de l'opération de la craniotomie, causé la mort de la femme Fresquet ; mais que, pour statuer sur la prévention relevée contre lui, il faut, en outre, rechercher si ce fait établi constitue à sa charge, dans les circonstances où il s'est produit, une faute lourde caractérisant le délit d'homicide par imprudence ou maladresse puni par l'article 319 du Code pénal, visé par la poursuite ;

« Considérant que, pour arriver à une appréciation équitable de la responsabilité engagée par le résultat funeste de l'opération, il faut tout d'abord mettre en relief qu'au point de vue de l'indication clinique de cette opération, les experts concluent expressément, qu'en commençant par appliquer le forceps et se décidant, après les applications infructueuses du forceps, à recourir à la craniotomie, le Dr Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation et a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art de l'accouchement ;

« Qu'ils déclarent même qu'en raison de la nécessité urgente de l'intervention il était autorisé, comme bien des praticiens l'ont déjà fait avant lui, et comme le rappellent, à ce sujet, les traités classiques d'obstétrique, à recourir à tout instrument quelconque approprié qui se trouvait sous sa main, justifiant ainsi l'emploi de l'aiguille à matelas, qui a causé les lésions mortelles ;

« Considérant que le défaut d'aseptisation des différents instruments employés en cours d'accouchement n'étant pas reconnu comme une des causes de la mort de la femme Fresquet, cette négligence, reprochée à Laporte, doit être écartée du débat ;

« Considérant que le jugement retient, contre le prévenu, un premier grief, que n'avait pas relevé le réquisitoire du ministère public, en lui reprochant, comme une faute grave, de n'avoir pas cherché à s'assurer, avant que de procéder à une opération difficile, qu'il tentait pour la première fois, le concours d'un second médecin ;

« Mais, considérant que les experts constatent, dans leur rapport, que la longueur du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant, étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement ;

« Qu'appelé tardivement, comme médecin du service de nuit, dont le règlement ne prévoit pas dans son texte l'appel au concours d'un second médecin, auprès d'une femme, qui avait manifesté sa volonté de faire ses couches chez elle et qui, d'ailleurs, à ce moment, n'était pas transportable sans sérieux danger, Laporte se trouvait, selon l'expression de M. le professeur Maygrier à l'audience, acculé, après les applications infructueuses du forceps, à ce dilemme terrible : ou ne pas faire l'opération et la femme succombait, ou faire, dans des conditions particulièrement difficiles, l'opération, qui offrait la seule chance de salut pour la parturiente ;

« Que ces considérations dégagent pleinement de ce chef la responsabilité de Laporte, que les experts approuvent de n'avoir pas hésité à accepter ainsi la mission pénible de délivrer, seul, cette femme, chez elle, dans les conditions les plus défavorables ;

« Considérant que le jugement retient contre l'appelant une seconde faute commise au cours de l'opération, faute qui aurait consisté à introduire directement l'aiguille dans les organes génitaux, en

se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire, au lieu de prendre la précaution indispensable d'assurer la direction voulue de l'instrument, en le guidant profondément sur les doigts, de manière à amener sûrement, sans déviation dangereuse, la pointe en contact avec le crâne fœtal qu'il cherchait à perforer ;

« Mais considérant que le seul examen des lésions ne permet pas aux experts de reconnaître si elles sont le résultat d'un accident opératoire ou d'une faute opératoire ;

« Qu'ils déclarent, en effet, que ces mêmes lésions utérines ou vésicales pourraient avoir été produites, alors même que l'instrument aurait été protégé, avec tout le soin nécessaire, par la main de l'opérateur ; qu'elles peuvent, dès lors, ne révéler qu'un accident opératoire, qui n'est pas sans exemple dans la science ;

« Que les experts font d'ailleurs observer que ces lésions étaient difficiles à éviter avec un instrument tel que l'aiguille à matelas, autorisé par l'urgence de la situation, mais incommode à manier et à diriger avec sûreté en raison de sa ténuité, et qu'il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire du côté des parties molles de la mère au cours de son introduction répétée ;

« Qu'il résulte de ce qui précède que c'est en dehors des constatations techniques des experts, et seulement dans les témoignages des assistants et les déclarations du prévenu, que peut être recherchée la preuve judiciaire de la faute opératoire imputée à celui-ci ;

« Considérant, à cet égard, que deux voisines, la femme Houbert et la femme Delauoé, déclarent bien que Laporte introduisait directement l'aiguille dans les parties sexuelles sans aucune précaution, et sans la guider d'une façon quelconque ;

« Mais, considérant que la Cour ne saurait attacher assez de confiance à ces témoignages pour les accepter comme la justification suffisante d'une prévention de la nature de celle qui est relevée contre Laporte ; qu'il suffit, en effet, pour mettre en garde sinon contre la sincérité, au moins contre la témérité des affirmations de ces deux femmes, de rappeler d'abord les circonstances dans lesquelles elles ont pu voir procéder l'opérateur, ensuite les inexactitudes matérielles, signalées dans leurs déclarations, et enfin l'exagération même des termes de ces déclarations, exagération qu'expliquent à la fois les défiances éveillées chez les assistants par l'attitude et le langage de Laporte, n'ayant pas su dominer, en leur présence, sa nervosité naturelle surexcitée par la gravité de la situation, en qui ils avaient bientôt reconnu un opérateur novice, et l'émotion inspirée à tous par l'emploi, dans ces conditions, d'instruments inusités pour délivrer la parturiente ;

« Que la sage-femme, d'ailleurs, dont le témoignage offrirait plus de garantie de compétence, mais qui, occupée à l'administration du chloroforme, n'a pu distinguer nettement les détails de l'opération, a déclaré qu'elle croyait, sans pouvoir toutefois l'affirmer, que Laporte, quand il a introduit l'aiguille, s'est servi du doigt indicateur pour la diriger ;

« Considérant, d'autre part, qu'on ne saurait opposer à Laporte, ainsi que l'ont fait les premiers juges, un aveu résultant de ses déclarations dans l'information ; que s'il a bien reconnu n'avoir pas vérifié avec le doigt la perforation du crâne produite par l'aiguille, il a toujours protesté devant le magistrat instructeur et à l'audience contre la faute opératoire qui lui était reprochée ;

« Considérant, au surplus, que l'intégrité des organes de l'appareil génital, constatée à l'autopsie après l'application du forceps et l'emploi du ciseau à froid et alors que l'opérateur a réussi, au cours de la craniotomie, à faire suivre à l'aiguille, à travers ces organes, le parcours nécessaire pour arriver jusqu'à la tête fœtale qu'il a perforée, ne permet pas facilement d'admettre, quelque complète que fût la dilatation chez la parturiente, que Laporte ait pu procéder à l'introduction de l'instrument sans lui imprimer une direction voulue et obtenue ;

« Considérant, enfin, qu'il faut s'attacher à ce motif péremptoire que les experts, même en tenant pour constantes les affirmations ci-dessus écartées par la Cour, des témoignages reçus dans l'information dont ils avaient eu communication et qu'il ne leur appartenait pas de discuter, sont arrivés à des conclusions consignées en ces termes dans leur rapport écrit :

« Laporte, en accouchant la femme Fresquet et « notamment en pratiquant la craniotomie, n'a pas « opéré avec la *prudence* et l'*habileté* DÉSIRABLES » ;

« Que les experts ont tenu à préciser le sens et la portée de ces conclusions, en faisant ressortir l'ensemble des circonstances atténuant, à leur avis, dans la plus large mesure, la responsabilité du médecin qu'ils reconnaissaient comme engagée, dans les conditions et les termes qui viennent d'être rappelés, par l'issue fatale de l'opération ;

« Que le prof. Maygrier a ainsi résumé ces circonstances dans sa déclaration à l'audience :

« Il y a lieu de tenir compte : 1° des conditions « absolument déplorables de milieu, d'entourage, « d'assistance et d'aide matérielle, dans lesquelles, « appelé déjà trop tardivement, Laporte a eu à in« tervenir, seul, livré à lui-même, au milieu de la « nuit ; 2° de son inexpérience en matière de cra« niotomie, car il pratiquait cette opération pour la « première fois et était cependant impérieusement « obligé de la faire, puisqu'elle constituait la seule « chance de salut pour la parturiente ; 3° de l'ins« trumentation défectueuse qu'il a eue à sa dispo« sition et telle que des accidents opératoires pou« vaient être à redouter, même entre des mains plus « expérimentées » ;

« Considérant qu'il suffit de mettre les termes de ces conclusions des experts en regard du texte de l'article 319 du Code pénal pour reconnaître qu'il n'est pas rapporté, à la charge de l'appelant, la preuve suffisante d'un fait de nature à engager sa responsabilité pénale dans les termes de l'article sus-visé ;

« Par ces motifs :

« Infirme le jugement dont est appel ; décharge l'appelant des condamnations prononcées contre lui ;

« Renvoie Laporte des fins de la poursuite sans dépens. »

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat médical de Cholet.

12 *mai* 1897.

Présents : MM. Simon, *président* ; Deschamps, *vice-président* ; Bousseau, Brossier, Chaillou, Coignard, Couetout, Coulbault, Garreau, Jouitteau, Hamon, Moreau, Morin, Pichat, Picot, Pissot, Simon, Tétau, Retailleau, Maufretet.

Assistance médicale.

Le syndicat avait demandé que les communes du département fussent groupées en une sorte de mutualité, de telle sorte que les reliquats de certaines vinssent compenser les excédents de dépenses des autres. Le Préfet répondit que la mutualité intercommunale ne saurait être imposée aux communes, alors surtout que la circulaire du 27 juillet 1895 réglant l'organisation du service, condamne ce système de mutualité qui serait susceptible, en désintéressant les communes dans une certaine mesure de l'obligation

d'un contrôle rigoureux, d'entraîner des exagérations de dépenses et des abus.

Une discussion s'engage sur les défectuosités du fonctionnement du service et l'assemblée vote les décisions suivantes :

Il y a lieu de signaler au Préfet que plusieurs communes violent la loi en n'organisant pas le service d'assistance.

Que d'autres ne convoquent pas le médecin pour la formation de la liste.

Que les municipalités ne doivent pas imposer un seul médecin, en excluant les autres, mais doivent laisser au malade la liberté de choisir à sa convenance.

Assurances-Accidents.

Les patrons le plus souvent n'assurent leurs ouvriers que contre l'incapacité de travail, leur laissant croire qu'ils sont aussi garantis contre les frais médicaux — d'où des difficultés continuelles.

Ce serait faire acte de philanthropie déplacée que de donner des soins gratuits à l'assuré sous prétexte que la compagnie charge le médecin de vérifier l'accident pour son compte.

Les certificats délivrés aux compagnies devront être payés dix francs et les assurés devront être traités comme les clients ordinaires, c'est-à-dire qu'on leur appliquera le tarif de la région.

Le Secrétaire,
Dr Picot.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Assemblée annuelle de l'Association générale aura lieu les 17 et 18 avril, 5, avenue Victoria et le banquet, au *Continental* à 7 heures. L'ordre du jour ne présente rien de particulier à noter d'une façon spéciale.

L'état mental de M. Emile Zola, par le Dr Toulouse. — Le Journal de médecine de Paris reproduit cette conclusion du livre du Dr Toulouse sur l'examen psychique de Zola :

Tout d'abord, posons bien ce fait, pour les partisans des théories lombrosiennes, que M. Zola n'est pas épileptique. Il n'est pas non plus hystérique, ni suspect d'aliénation mentale, bien qu'il ait des troubles nerveux multiples (contracture de l'orbiculaire, tic facial, spasmes cardiaques, crampes thoraciques, fausse angine de poitrine, hyperesthésies sensorielles, algies, idées obsédantes et impulsives). Faut-il le dire atteint de dégénérescence mentale? Je crois que cette étiquette ne lui convient pas tout à fait, à moins de ranger M. Zola dans la catégorie des dégénérés supérieurs (Magnan), chez lesquels, à côté de brillantes facultés, il existe des lacunes psychiques plus ou moins grandes.

Mais encore où sont ces lacunes ? Sa constitution physique et psychique est en somme pleine de force et d'harmonie. Le système nerveux est évidemment hyperesthésié, dans certaines de ses parties, et, à ce point de vue, déséquilibré, pour employer un mot assez vague et courant.

L'émotivité est en définitive défectueuse. Mais comme tout cela a peu de retentissement sur la sphère cérébrale : Même certaines idées morbides, quelques obsessions et impulsions n'ont pas été suffisantes pour troubler d'une manière appréciable les processus psychiques. Ces idées vivent comme des parasites, sans entamer la personnalité intellectuelle de M. Zola, qui reste pondérée malgré elles ; et les formes supérieures de l'intelligence, ce qui constitue le jugement, l'imagination, la volonté, est dans un état de santé et d'équilibre parfaits. Dans l'appréciation diagnostique de ces phénomènes psychiques anormaux, il faut donc apporter une certaine finesse d'analyse. L'obsession et l'impulsion, quand elles sont finalement maîtrisées par le sujet, qu'elles ne l'ont jamais entraîné à commettre des actes déraisonnables, sont une tendance évidemment vicieuse de l'esprit, mais si peu éloignées de l'état normal dans leurs modalités et leurs conséquences ! Et c'est précisément le cas de M. Zola. Je n'ai jamais vu, je l'avoue, un obsédé, ni un impulsif aussi pondéré que lui ; et j'ai rarement vu quelqu'un indemne de toute tare psychique manifester sa belle stabilité mentale.

Propriété exclusive de la désignation arbitraire d'une maison de santé. — D'un jugement rendu le 13 janvier 1898, par la cinquième Chambre du tribunal civil de la Seine, il ressort que si, en matière d'enseigne, la désignation nécessaire, c'est-à-dire celle qui tient à la nature même de la chose désignée, ne peut être l'objet d'un droit privatif, il n'en est pas de même de la désignation arbitraire, qui ne ressort ni de la nature, ni du genre de l'objet désigné, de telle sorte que l'établissement pourrait être aussi bien connu sous un autre nom. Spécialement, lorsque le propriétaire d'une maison de santé lui a donné pour enseigne la dénomination de « Villa de convalescence », ces mots ne peuvent pas être ensuite adoptés comme enseigne par une maison de santé du même genre établie dans la même localité.

Un concours en perspective. — Le Conseil municipal a pris une délibération qui réorganise le service médical de la Préfecture de la Seine ; il y aura un médecin en chef à 6.000 fr. et onze médecins de circonscriptions qui auront un fixe de 1.200 fr., plus une part d'une somme supplémentaire de 8.000 fr. à répartir suivant les visites et consultations.

Les titulaires seront nommés à la suite d'un concours entre les médecins actuellement en fonction dans les différents services de la Préfecture, de l'Octroi, de l'Assistance publique,

Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie. — Le deuxième Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie tiendra sa prochaine session à Marseille, du 8 au 15 octobre 1898, sous la présidence des professeurs : Pinard, Pozzi et Broca.

La liste des questions mises à l'ordre du jour par chaque section sera incessamment adressée.

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre ; elle donne droit à la participation des travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs.

Le Secrétaire Général,
Pr Queirel.
20, Rue Grignan, Marseille.

— Vient de paraître, à la librairie Maloine, 23, 25, rue de l'Ecole de Médecine, Paris, 1 vol. in-4° de 200 pages, intitulé : *Leçons cliniques sur les Maladies des Enfants*, par le Dr E. Ausset, médecin de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, prix : 5 francs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4256. — M. le docteur Prat-Flottes, de Pierrefeu (Var), présenté par M. le docteur Brassac, de Paris.

N° 4257. — M. le docteur Brasse, de Bihorel-les-Rouen (Seine-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 14 2 Avril 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les Comités électoraux médicaux.

Le moment est venu de rappeler un passage de l'allocution prononcée par le directeur, M. le Dr Cézilly, à l'Assemblée générale de 1896, formulant, en ces termes, un programme de groupement des médecins, en vue d'une cohésion puissante et permanente, particulièrement d'une action énergique au cours des périodes électorales :

Nombre de nos confrères nous pressent de réclamer un moyen de cohésion, d'union, plus large encore que le syndicat, et plus rapide dans ses effets. Ils proposent la constitution de l'*ordre des médecins*.

Elle présente des difficultés, si on tient *au mot* plus qu'à *la chose*.

Si, au contraire, on veut se passer du mot, je crois qu'on peut faire la chose et que ce n'est guère difficile. Que tout médecin consente à devenir *électeur médical*, afin de choisir ses mandataires.

Il suffit d'adresser, à tous, une circulaire. Elle dira : voulez-vous être électeur aux chambres médicales ; en ce cas signez et retournez la formule ci-jointe,

On obtiendra bon nombre de réponses affirmatives ; cela fait, le corps électoral médical sera constitué ; les hésitants, les retardataires viendront, bientôt, grossir le corps d'armée : le groupement médical ainsi accompli, les chambres médicales existeront. On recherchera, plus tard, si on le veut, *les consécrations*, *les autorisations*.

Les chambres nommeront un bureau. Elles seront médicales et rien autre. Vienne une élection au Sénat, à la Chambre, au Conseil général. Un programme de réformes sociales, ou d'ordre médical sera rédigé par l'ensemble des Chambres.

Nous connaissons, tous, les *Comités électoraux* qui couvrent le pays, dont l'action est grande en tout temps et surtout en temps d'élections. Nos Chambres seront nos comités électoraux, aussi légales que ceux-ci.

La Chambre d'un département, quel que soit le nombre de ses membres, petit ou grand, en temps d'élection, entrera en action,

Elle convoquera les candidats ; soyez assurés qu'ils viendront et elle leur tiendra à peu près ce langage : « Vous êtes candidats ; nous sommes électeurs influents. Nous n'avons pas, en tant que chambre, à vous faire connaître notre opinion politique ; nous n'en avons d'ailleurs pas ; nous représentons toutes les opinions; mais nous avons à vous proposer seulement quelques solutions sur les questions sociales. Admettons-en une seule, celle par exemple, *de la limitation des cabarets* ! .... Nous vous prévenons que nous ne voterons et ne ferons voter que pour un candidat qui s'engagera à poursuivre cette réforme. Que nous soyons républicains ou monarchistes, peu importe : si vous êtes de notre bord, nous vous promettons de vous aider de tout notre pouvoir, chacun selon notre opinion politique ».

Ce petit discours est le moyen assuré d'obtenir les réformes sociales qui nous tiendraient à cœur et de peser dans la balance en toute occasion.

C'est quand nous serions ainsi constitués, que, notre émiettement disparu, disparaîtrait aussi la difficulté d'être appuyés par la presse. Il sera facile, alors, de trouver le ou les journaux influents qui nous prêteront leur publicité. Ceci, Messieurs, n'est qu'une considération d'ordre général, que je soumets à vos réflexions. Nous pourrions nous en occuper, si vous le voulez. (*Assentiment général.*)

La même thèse est reprise aujourd'hui par un de nos confrères, qui s'adresse par notre intermédiaire, à tous les médecins membres du Concours et des Syndicats, en faisant appel à leur initiative pour organiser la campagne électorale médicale, et faire triompher des solutions dans lesquelles notre intérêt particulier est en parfait accord avec l'intérêt de la société.

Chers Confrères,

Depuis trop longtemps, je ne puis ouvrir une de nos feuilles médicales, ou assister à une des Assemblées de nos différentes Associations, sans y rencontrer un concert unanime de légitimes plaintes ou de justes revendications.

Nous sommes exploités de tous les côtés, par les Compagnies, assurances ou autres, aussi bien que par les Sociétés soi-disant philanthropiques, pour lesquelles probablement le médecin n'est plus un homme ; l'État lui-même, dans les multiples rapports que nous avons forcément avec lui, ne craint pas d'exploiter à son profit le mal odieux qui nous ronge, j'ai nommé *l'invidia medicorum*. D'un autre côté nous voyons une magistrature souvent sévère pour les docteurs (souvenez-vous de la prison préventive du confrère Laporte), toujours indulgente pour les charlatans. Les jugements consacrant l'existence de la ouate aimantée, ou acquittant un curé guérisseur, parce qu'il n'était pas prouvé que ses clients aient été réellement malades, sont encore présents à toutes les mémoires. Enfin et surtout, alors que tout sera mis en mouvement : gendarmerie, parquets, juge d'instruction et commissions rogatoires, contre vous, si vous avez commis le moindre délit de pêche, on nous refusera d'employer les mêmes moyens pour constater un cas d'exercice illégal ; c'est nous qui aurons la charge de réunir les faits, preuves et témoignages d'un pareil délit, bien heureux encore, si, après avoir ainsi joué le rôle de juges d'instruction ou de procureurs, nous aboutissons à obtenir une condamnation, le plus souvent dérisoire.

Mais ne commencez-vous pas à trouver comme moi et avec moi que ces choses-là ont trop longtemps duré, et qu'il nous appartient d'y mettre enfin un terme ? J'en suis persuadé ; les avis ne diffèrent que sur les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour cela.

Les uns fondent leur espoir sur le groupe des médecins membres du Parlement. Hélas ! nous devons l'avouer, beaucoup d'entre eux ont oublié que c'est par la médecine qu'ils sont arrivés à la politique. D'autres espèrent tout de la fondation d'un Ordre des Médecins. Ce sera, suivant eux, la panacée universelle à tous les maux dont nous souffrons. *Ce sera*, oui, je veux bien le croire ; mais c'est ce futur qui me fait réfléchir, en admettant que nous l'obtenions, d'abord, qu'il nous rende des services, ensuite ; sera-ce nous ou nos descendants qui en profiteront ? Qui oserait répondre à cette question en fixant une date, même éloignée ?

Or il nous faut quelque chose, et tout de suite. Comment faire ? Tout simplement suivre l'exemple que nous donnent en pareille matière tels industriels ou telle corporation, qui savent, eux, profiter des occasions pour obtenir des pouvoirs publics le minimum de garanties dont ils ont besoin.

Nous sommes à la veille des élections ; les compétitions sont ardentes ; notre appui est souvent recherché. Pourquoi n'en profiterions-nous pas ? Pourquoi en dehors de nos autres Associations ne provoquerions-nous pas, en temps utile, de petites réunions des médecins d'un même arrondissement, pour étudier les diverses questions à l'ordre du jour qui intéressent notre profession : Médecine gratuite, lois sur la pharmacie, les assurances, les patentes, etc. Une fois ces questions élucidées entre nous, nous enverrions aux divers candidats qui sollicitent nos suffrages, une lettre signée de nous tous et leur disant :

« Voici quels sont les desiderata du corps médical de notre arrondissement, nous serions heureux de recevoir une lettre de vous (*scripta manent*) nous disant ce que vous en pensez et si nous pouvons compter sur vous, le cas échéant, pour nous aider à les obtenir ». Cela ne nous coûterait qu'un léger dérangement et cela pourrait envoyer à la prochaine Chambre une majorité (sans s'inquiéter de la nuance politique) engagée à soutenir le corps médical dans ses justes et légitimes revendications contre les abus et les dénis de justice qui menacent son existence.

Je me permets de vous soumettre cette idée, heureux si vous voulez bien vous en inspirer, plus heureux encore si elle peut être utile à nos intérets professionnels.

Dr Good.
Médecin de l'Etablissement thermal d'Enghien.

A cette double invitation, que nous avons reproduite sans en changer les termes, et qui vient à son heure, quelle réponse vont faire les intéressés ?

Vont-ils tourner la page, sans prendre immédiatement la résolution que commandent les circonstances, et compter encore sur l'initiative du voisin, qui attend aussi ?

Ne s'en trouvera-t-il pas *au moins un* par arrondissement, qui, relevant la liste des solutions proposées sur les questions en suspens, provoquera la convocation des sociétés existantes (on ne peut pas la lui refuser, quand on est un Président consciencieux) et obtiendra que les candidats de toutes nuances prennent des engagements sur le programme qu'on leur aura soumis ?

Ce n'est pas là un grand effort pour l'homme énergique qu'est le médecin, de par l'habitude professionnelle. Et quand on s'est lamenté pendant des années sur l'inertie des élus, il y a une vraie satisfaction à mettre enfin au pied du mur ceux qui briguent l'honneur de représenter nos intérêts, et doivent savoir quels ils sont ?

Nous avons des abus à faire supprimer, des desiderata à signaler, une protection légitime à obtenir contre tout ce qui nous exploite. Eh bien! sachons enfin le dire, nettement, à ceux qui sont faits pour nous entendre.

Nos cadets, les syndicats agricoles, n'y ont pas mis tant de discrétion ; après avoir un peu gémi sur la perte de leurs bras, ils ont réclamé haut et ferme de quoi les remplacer. Prix, concours, tarifs protecteurs ayant force de loi, subventions, caisses, banques de crédit, ils ont ou auront tout.

Mais, ils se sont remués, sans fausse honte, quoiqu'il y eût dans leurs rangs et souvent à leur tête, les grands noms de l'aristocratie française.

Allons, chers confrères, à l'œuvre. Nous ne sollicitons pas, nous faisons valoir nos droits, et fièrement, comme il convient à des citoyens libres. A l'œuvre, en comités électoraux.

H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Naturellement jaloux des découvertes françaises, les Allemands ne manquent jamais d'essayer de battre en brèche les recherches et les travaux de nos compatriotes, en en contestant la valeur et la précision. C'est ce qui vient de se produire pour le séro-diagnostic de Widal. Le professeur Gerhardt, de Berlin, insinue dans une communication retentissante que ce précieux moyen de diagnostic n'a aucune valeur, et qu'il sera bientôt tombé dans l'oubli. En réalité, voici ce qu'il faut retenir : Dans certains cas non douteux de fièvre typhoïde, vérifiés par l'autopsie, il est arrivé que la séro-réaction faisait défaut pen-

dant la vie; le fait est rare, exceptionnel, mais il est attesté par des maîtres peu suspects de partialité. Que faut-il en conclure? Que la séro-réaction n'est pas un moyen de diagnostic valable? Non certes. L'expérience quotidienne montre que certaines angines blanches, où le laboratoire n'avait pas pu déceler de bacilles de Loeffler, quoique bien franchement diphthériques au point de vue clinique, ont en effet évolué comme de véritables diphthéries (paralysies, contagion, inoculation). Doit-on, pour cela, déclarer désormais inutile l'examen des fausses membranes de toutes les angines, au moyen du microscope et par les cultures? De même, la séro-réaction indique toujours une fièvre typhoïde, là où la clinique ne parvenait pas à la reconnaître; mais, quand cette séro-réaction fait dédéfaut, alors que la clinique n'éprouve cependant aucune hésitation pour affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde, doit-on sacrifier la clinique pour n'ajouter foi qu'aux résultats du laboratoire? Evidemment non; donc, n'oublions jamais ce principe que le laboratoire n'est qu'un auxiliaire de la clinique et non un oracle irréfutable. On ne doit consulter le laboratoire que quand on est embarrassé avec les seules données cliniques. La séro-réaction de Widal est pathognomonique de la fièvre typhoïde; c'est là sa seule prétention; mais, la fièvre typhoïde peut exister sans elle ou, du moins, cette séro-réaction peut faire défaut précisément au moment de l'examen du sang. Dans le cas que nous citions tout à l'heure, la séro-réaction n'a pas existé pendant la vie, le jour de l'examen du sang, mais elle a été constatée après la mort avec le sang du cœur.

Ruptures traumatiques de l'urèthre avec hémorrhagie et rétention d'urine.

M. le Dr *Marais*, de Honfleur, cite dans l'*Année Médicale* de Caen, une très intéressante observation de rupture traumatique de l'urèthre chez l'homme, avec hémorrhagie abondante et rétention d'urine, où le cathétérisme, presqu'immédiat, lui a donné un splendide résultat (guérison complète en 10 jours). Il en conclut que dans les cas de rupture de l'urèthre, la meilleure ligne de conduite à suivre, celle qui est vraiment pratique et à la portée de tous, est la suivante que formulait Notta en 1875 à la fin de son mémoire sur la *contusion du périnée* :

« Dans les contusions violentes du périnée, sans plaie extérieure, mais compliquées de déchirures plus ou moins étendues de l'urèthre et de rétention d'urine, on doit, tout d'abord, chercher à pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle par les voies ordinaires et laisser cette sonde à demeure. Mais si ces tentatives échouent, il faut, immédiatement, faire une large incision périnéale qui pénètre jusqu'au foyer de la déchirure de l'urèthre, déblayer le foyer sanguin des caillots qu'il renferme, et aussitôt que la plaie s'est détergée, c'est-à-dire du quatrième au huitième jour, appliquer une sonde à demeure dans la vessie, soit que l'on pénètre directement par l'urèthre, soit que l'on arrive dans la vessie par la plaie périnéale, en faisant glisser la sonde sur un mandrin conducteur.

Or, cette méthode appliquée par Notta ne lui donné que des succès; c'est pourquoi elle paraît devoir s'imposer au choix du praticien par sa simplicité et sa sécurité.

Les psychoses opératoires.

On observe, parfois, des cas de vésanie ou d'aliénation mentale, chez les femmes opérées d'hystérectomie ou d'ovariotomie simple ou double. Beaucoup de personnes du monde et même de médecins incriminent volontiers l'intervention opératoire comme étant la cause réelle de cette psychopathie. MM. *Walther* et *Richelot* ont défendu la chirurgie, à la dernière séance de la Société de chirurgie et ont cherché à démontrer que la psychose existe avant l'acte opératoire et que, par conséquent, on ne peut justement pas incriminer ce dernier.

« Quand on incrimine les opérations gynécologiques, dit M. Richelot, il s'agit presque toujours d'ablation des annexes, et on laisse de côté les interventions partielles. Des cas de folie après opération, que j'ai vus, il résulte que les malades étaient toujours folles auparavant et que la nature de l'intervention n'a qu'un rôle secondaire. Je peux citer, à cet appui, deux cas que j'ai observés; chez l'une, hystérectomie pour salpingite suppurée double; chez l'autre hématosalpinx, à laquelle j'avais laissé un ovaire et l'utérus. A la suite d'hystérectomie abdominale pour fibrome, une de mes malades a essayé de se suicider une première fois, puis s'est tuée quelque temps après; cette malade avait eu une première tentative avant l'intervention. Une simple colporrhaphie faite chez une de mes malades, en 1896, détermina une attaque de délire, qui exigea son transport à Sainte-Anne. En somme, opération annexielle ou opération banale chez des prédisposées, peuvent aussi bien réveiller un état psychique plus ou moins délirant.

Une autre variété de malades consiste en troubles nerveux; ce sont des neurasthéniques, des hystériques que l'on opère en plein état délirant, méconnu, mais reconnu plus tard, au moment d'une exacerbation post-opératoire.

Dans aucun cas je n'ai vu une opération sur la sphère génitale produire de toute pièce une réelle vésanie. »

Les formes cliniques de la diphthérie.

Les différentes formes cliniques de la diphthérie peuvent être classées de la façon suivante, d'après M. Barbier (*Revue générale de Pathologie*) :

1° *D. pure* (peut correspondre expérimentalement à celle qu'on obtient par l'inoculation d'une culture de bacille pur sur la muqueuse non infectée d'un pigeon). Chez l'homme, les stigmates sont les suivants : exsudat sous forme de fausses membranes opalescentes, à extension variable, à siège multiple, muqueuse pâle, normale; absence de sécrétion muqueuse, adénopathie nulle ou peu marquée; température peu élevée 38°5; pouls petit; facies pâle dû à l'influence de la toxine. Dans cette forme, quelle que soit l'étendue des fausses membranes, la guérison, sous l'influence du sérum, s'annonce de suite et s'achève vers le troisième jour.

2° *D. associée.* Dans un premier groupe, rentrent les faits où l'association peut être considérée comme bénigne et s'accompagne de *petits accidents septiques*: fausses membranes épaisses, ex-

tensives, fétidité de l'haleine ; muqueuse saignante ; amygdales gonflées ; coryza séreux ou purulent, larynx souvent atteint ; albuminurie fréquente, température plus élevée, atteignant 40° ; enfin, localement, divers accidents modifient la marche de cette variété : poussées inflammatoires avec rougeur, ulcération, dépôt fibrineux sur les ulcérations ; infection laryngée ou bronchique. Dans un second groupe, rentrent les faits de diphthéries avec grands accidents septiques, parmi lesquels, les uns sont dus soit à la prédominance de l'action du bacille diphthérique et où les fausses membranes sont très abondantes, soit à ses localisations multiples ; nez, gorge, larynx, bronches, et où les accidents ultérieurs doivent être rapportés à la toxine (paralysies, troubles cardiaques) ; et les autres sont dus à l'influence prépondérante des microbes septiques : suppuration des muqueuses, du nez, du pharynx, de la trachée, des bronches.

Enfin, dans un dernier groupe de faits, il devient difficile de faire la part de ce qui revient aux accidents septiques et diphthériques. C'est dans cette forme que se range la plus redoutable de toutes, celle qui est due à l'association du streptocoque et du bacille. Il y a à la fois stigmates d'infection diphthérique grave et d'infection septique complexe.

Il existe, en temps d'épidémie, des diphthéries larvées, où la maladie est caractérisée par le seul bacille de Lœffler, et où elle est dépourvue de son syndrome classique : fausse membrane et intoxication. Ainsi définie, la diphthérie larvée a été signalée dans trois catégories de faits :

1° Les angines d'aspect et de durée variables, mais ne présentant pas de fausses membranes à aucun moment de leur évolution, angines dont la nature diphthérique est établie par la constatation, à la surface de la muqueuse enflammée, du bacille de Lœffler, ou par des troubles cliniques tels que des paralysies. Il en est de même de diverses espèces d'inflammations des fosses nasales et des premières voies aériennes ;

2° Des cas où l'on a observé la présence du bacille de Lœffler sur certains sujets dans les mêmes régions anatomiques que précédemment, bien que ces régions soient et demeurent, par la suite, d'aspect normal, et que l'état général reste le plus souvent complètement indemne ;

3° Les convalescents d'angines pseudo-membraneuses, chez qui la chute des fausses membranes est suivie, pendant plus ou moins longtemps, de l'un des deux états ci-dessus indiqués et le plus souvent successivement de l'un et de l'autre.

En réalité, ces différents faits peuvent s'engendrer mutuellement, provenir de la diphthérie membraneuse ou lui donner naissance, en se succédant sur le même sujet, ou en passant sur des sujets différents ; ils sont, de plus, susceptibles de survenir simultanément avec une grande fréquence dans des circonstances identiques, c'est-à-dire dans les foyers d'endémie ou au cours des épidémies. On peut donc, au moins hypothétiquement, étendre aux collectivités des faits bien constatés chez l'individu et admettre l'existence possible de véritables épidémies larvées de diphthérie ; il est même vraisemblable que dans un milieu épidémique défini, on trouvera un assez grand nombre de ces cas larvés, dès qu'on les cherchera de façon systématique. Il est bon d'ajouter que, de la sorte, on se trouve forcément entraîné à ranger dans le cadre de la diphthérie des faits où l'existence de cette infection semble au moins contestable à nombre d'observateurs.

Quoi qu'il en soit, la conduite à tenir dans ces différents cas est assez nettement indiquée. S'il s'agit d'un individu, l'indication la plus urgente est la désinfection buccale et nasale dont la technique est bien connue ; s'il s'agit d'une collectivité, l'idéal des mesures à prendre paraît être la suivante : Examen méthodique, au double point de vue clinique et bactériologique de tous les membres de la collectivité et isolement des suspects ; recherche systématique des formes les plus insidieuses de la diphthérie, alors même qu'il n'y aurait de cette infection aucun symptôme apparent.

En ce qui concerne le traitement préventif de l'entourage du malade atteint de diphthérie, par l'inoculation du sérum antidiphthérique, de nombreuses observations prouvent actuellement que cette méthode de prophylaxie ne met pas toujours à l'abri de la maladie ; et que, d'autre part, une diphthérie traitée avec ou sans sérum, n'empêche pas toujours la récidive d'avoir lieu et celle-ci d'entraîner la mort. Ces faits conduisent à cette conclusion que les injections préventives sont très souvent inutiles. On prétend même qu'elles peuvent être dangereuses. Or, leurs avantages compensent-ils leurs inconvénients ? Oui, dans certaines circonstances, l'emploi du sérum antidiphthérique est légitime, à titre immunisant prophylactique, dans des cas d'épidémies graves et à marche rapide. Il convient surtout d'y avoir recours, quand celles-ci éclatent dans des centres où la population est dense. Toute injection prophylactique, entraîne comme corollaire obligatoire, la surveillance constante des individus, afin qu'on soit toujours prêt à parer aux accidents. Enfin, au point de vue pratique, la règle dans ces cas est d'injecter peu, mais souvent, en tâtant pour ainsi dire les susceptibilités individuelles.

MÉDECINE PRATIQUE

Le pronostic médical et chirurgical.

(*Suite*. Voir le n° 13.)

II

PRONOSTIC CHIRURGICAL.

Tout aussi délicat que le pronostic médical, le pronostic chirurgical est peut-être encore plus important par ses conséquences : c'est sur lui, en effet, que roulent la plupart des procès, des affaires de contentieux des Compagnies d'assurances accidents, des grandes sociétés industrielles (chemins de fer, navigation, mines, métallurgie, etc.), des contestations entre patrons et ouvriers.

En qualité de médecins experts, de médecins d'usines ou de chemins de fer, de médecins de Compagnies d'assurances, nous avons tous les jours à formuler, sous prétexte de certificats, de rapports, de comptes rendus, d'importantes conclusions de pronostic chirurgical, à la suite d'accidents et d'opérations.

Dans d'autres cas, c'est comme opérateurs que nous avons à répondre aux pressantes questions

d'un malade ou de son entourage, avant de décider et de pratiquer une opération. Ce rapide aperçu montre assez la gravité de notre responsabilité morale.

En ce qui concerne les accidents, comme lorsqu'il s'agit d'une opération, nous devons toujours, avant de faire la moindre déclaration pronostique, nous enquérir : 1° des antécédents pathologiques personnels du malade ; 2° des antécédents héréditaires et familiaux ; 3° de l'état actuel de ses viscères : cœur, poumons, foie, diabète (glycosurie, (urobiline), reins (albumine, phosphaturie, abaissement du taux de l'urée), intestins, cerveau, moelle, vessie, organes génitaux. L'intégrité absolue des viscères est évidemment une chance de plus pour le succès d'une opération ou pour la prompte guérison d'une blessure accidentelle. Tout traumatisme survenant chez un taré du rein, du cœur, du poumon, etc., est singulièrement plus grave que chez une personne saine. Il faut donc TOUJOURS dans un pronostic chirurgical faire entrer en ligne de compte l'existence ou l'absence d'une tare héréditaire ou acquise. Si c'est, en effet, une cause d'aggravation du pronostic que l'existence d'une tare, c'est souvent un motif d'atténuation de la responsabilité, pour l'auteur involontaire de l'accident. L'état de grossesse ou l'époque menstruelle constitue aussi une situation spéciale, qui modifie sensiblement le pronostic d'une blessure chez la femme. En général, à moins d'urgence absolue, c'est une contre-indication à une intervention chirurgicale.

Les affections cardiaques orificielles et valvulaires (surtout le rétrécissement mitral, le rétrécissement aortique, l'insuffisance aortique) et principalement les lésions du myocarde, sont des tares cruelles qui interdisent à peu près fatalement la chloroformisation et la cocaïnisation et qui retardent souvent le rétablissement des blessés, à moins qu'elles n'aient provoqué la mort subite au cours de l'accident ou de l'opération.

La bronchite chronique, la congestion pulmonaire, la pneumonie, la phthisie à la 3e et à la 4e période sont de même funestes aux blessés et contre-indiquent presque toujours les opérations. Les lésions du foie exposent à l'ictère grave ou à la septicémie aiguë. L'albuminurie favorise l'urémie, les hémorrhagies, les mauvaises cicatrisations. La glycosurie est cause de furoncles, d'anthrax, de gangrène. La phosphaturie empêche la consolidation des fractures. L'insuffisance de l'élimination de l'urée est fréquente dans les carcinomes et dans les kystes ovariques malins ; d'où cette importante conclusion, qu'il faut se garder d'opérer des tumeurs accompagnées de ce symptôme.

Il est vrai que l'hystérie peut à elle seule produire cette insuffisance d'urée.

L'examen des intestins, des testicules, de la prostate peut faire découvrir une tare tuberculeuse. Le système nerveux ayant une très grande part dans les suites des traumatismes (shock inhibition, névrites, dystrophies médullaires ou périphériques), il est nécessaire de le passer en revue, avant de porter un pronostic d'accident ou d'opération. N'a-t-on pas vu des morts subites, chez des sujets ultra-névropathes, atteints deminimes traumatismes ? Chez de tels blessés ou malades à opérer, il faut être circonspect : une opération même légère ne peut être décidée, sans que toutes les précautions ne soient bien prises. L'ouverture d'un abcès du sein a provoqué ainsi la mort subite d'une nourrice ultra-nerveuse ; sans que l'autopsie minuticuse, que l'on a pratiquée sur cette malheureuse, ait pu faire découvrir la moindre altération viscérale, ni la moindre faute opératoire. Une avulsion dentaire peut provoquer pareille catastrophe. Quoique rares, ces faits doivent nous rappeler la prudence, surtout auprès de familles qui réclament une sorte de garantie de succès pour les opérations que nous avons à pratiquer.

Ces pénibles éventualités ne peuvent d'ailleurs pas nous arrêter dans les cas d'urgence, ni nous rendre timides dans nos interventions ; notre responsabilité n'est engagée que dans les cas de *fautes lourdes.*

Le pronostic chirurgical comporte deux questions principales : 1° la durée du traitement ; 2° les suites (guérison, ou infirmité, ou incurabilité). Rien n'est plus variable que la durée du traitement, puisqu'elle dépend de la tare individuelle et de la docilité du blessé ; mais, on peut se baser sur une moyenne, comme pour les affections médicales.

Les contusions peu graves durent de quatre à 15 jours. Lorsqu'il y a épanchement sanguin (hématome) ; la durée peut être de 15 à 25 jours.

Les plaies ont une durée qui dépend essentiellement de l'antisepsie ou de l'infection microbienne, autant que de leur étendue et de leur profondeur. En général, les plaies de la face et du cuir chevelu guérissent très rapidement en quelques jours, surtout, si elles sont aseptiques. Mais, même dans ces régions, les plaies qui suppurent exposent à la lymphangite, à l'érysipèle, aux phlébites des sinus. Une plaie aseptique, de quelque gravité qu'elle soit, convenablement suturée et rapprochée, guérit en 5 ou 6 jours. Elle est suffisamment cicatrisée au bout de 10 à 15 jours pour n'avoir plus besoin du soutien des fils.

Les plaies qui ne peuvent être suturées ne se cicatrisent que par *bourgeonnement et par conséquent* exigent un temps beaucoup plus long pour se guérir, en moyenne vingt à trente jours.

Les plaies suppurantes sont encore plus longues à se réparer, surtout à cause des complications auxquelles elles donnent lieu.

Les plaies viscérales ou au voisinage des cavités naturelles sont aussi fort longues à faire cicatriser (3 semaines en moyenne).

Les plaies oculaires sont particulièrement graves et longues, selon, d'ailleurs, le degré de profondeur et les organes intéressés. La durée de ces plaies varie de 8 jours à 6 mois.

Les brûlures légères se guérissent en 5 à 6 jours. Les brûlures profondes ne se cicatrisent que par bourgeonnement et demandent, pour cela, souvent deux, trois et quatre mois ; parfois même, la réparation ne peut se faire et des greffes cutanées sont indispensables pour combler la perte de substance. Dans les régions articulaires et interdigitales, si les pansements n'ont pas été bien isolants, les cicatrices se font avec brides, rétractions et soudures qui amènent des déformations, parfois même des infirmités. Au cou, les cicatrices peuvent provoquer un torticolis chronique et une déviation de la face. Aux

yeux, à la face, les rétractions produisent des ectropions, des symblépharons, de l'occlusion des narines, de la bouche, etc. Les mêmes éventualités s'appliquent aux gelures.

Les phlegmons circonscrits et abcès chauds abandonnés à eux-mêmes peuvent suppurer, percer, s'étendre, se compliquer pendant plusieurs semaines ; incisés chirurgicalement, ils guérissent en 8 à 15 jours. Les phlegmons diffus peuvent aboutir à la guérison, grâce à des traitements énergiques, mais il faut au moins de deux ou trois mois de soins assidus.

Les abcès froids tuberculeux, les abcès ganglionnaires scrofuleux incisés, peuvent guérir en 3 ou 4 semaines, ou bien s'éterniser des mois, des années et même presque toute la vie, s'ils sont ossifluents et en communication avec un foyer articulaire ou osseux (mal de Pott, coxotuberculose, sacro-iliotuberculose, etc.)

Les furoncles durent en moyenne six à huit jours pour se collecter, un à deux jours pour suppurer, et trois à quatre jours pour se cicatriser, total 10 à 12 jours. Les anthrax, qui sont de gros amas de furoncles, sont souvent mortels ; quand ils guérissent, ce n'est jamais, même avec un traitement approprié, en moins de six semaines à trois mois.

Les infections générales, telles que l'érysipèle, la septicémie, le tétanos, la pyohémie, ont tantôt une marche aiguë, promptement mortelle (huit à quinze jours), tantôt une évolution chronique, pouvant aboutir à la guérison (2 à 4 semaines). L'alcoolisme, l'albuminurie, le diabète, paraissent être de sérieuses causes prédisposantes de ces infections.

La phlébite a généralement une durée de trois semaines à trois mois.

L'anévrysme artériel peut provoquer la mort par rupture, en quelques mois, ou au contraire, évoluer sourdement et se rompre au bout d'un an ou deux, ou même se rétracter et guérir.

Les fractures exigent un certain temps pour se consolider et un autre laps de temps pour la réparation des muscles atrophiés et des articulations raidies. Le temps nécessaire pour la formation du cal osseux est de 3 semaines à 2 mois selon les os :

21 à 25 jours : clavicule, côtes, radius, cubitus, péroné, maxillaire, métacarpiens et métatarsiens.

30 à 50 jours : tibia, rotule, humérus, olécrâne, omoplate, os iliaque.

50 à 60 jours : fémur.

Dans certains cas, la phosphaturie ou la sénilité, retarde ou empêche même la formation du cal.

Quant à la période consécutive, nécessaire à la réparation de l'atrophie musculaire et de l'impotence fonctionnelle, elle est énormément longue (3 à 6 mois) quand la fracture a été traitée par l'immobilisation prolongée. M. Lucas-Championnière a eu l'immense mérite de montrer qu'au contraire le massage et la mobilisation peuvent singulièrement abréger cette durée, puisqu'elle se trouve réduite à 8 ou 15 jours à peine après la consolidation complète du cal.

Les luxations réduites entraînent une impotence de 3 semaines à deux mois, comme les fractures ; de même que pour ces dernières, le massage conjure l'atrophie et les raideurs.

Les *entorses* convenablement massées, comprimées, immobilisées, peuvent guérir en 3 ou 4 jours, mais, le plus souvent, elles durent 15 à 20 jours.

Les hydarthroses, surtout aux membres inférieurs, mettent deux ou trois mois à guérir, à condition d'être immobilisées et comprimées.

Les hémarthroses se résorbent en 3 ou 4 semaines, à moins qu'elles ne se transforment en hydarthroses.

Les arthrites aiguës exigent, pour guérir, une immobilisation de 20 à 30 jours au moins.

Les arthrites tuberculeuses ou tumeurs blanches peuvent se prolonger des mois et des années, à moins qu'une complication grave, intercurrente, ne survienne.

En ce qui concerne les tumeurs, les tumeurs dites malignes, cancer, épithélioma, sarcome, myxo-sarcomes, leur évolution fort variable peut amener la mort en 18 à 24 mois au maximum.

La terminaison fatale est hâtée par les complications (accidents septiques, compression, fonction entravée ou supprimée, embolies, gangrènes) et survient souvent en 12 ou 15 mois. Le sarcome a même une évolution beaucoup plus rapide (6 à 12 mois).

L'intervention chirurgicale peut donner une survie de deux ou trois ans, selon les cas, et les régions. Pour le sein, la langue, la face, les opérations larges et complètes peuvent même assurer une survie de trois à six ans. Les tumeurs bénignes (lipomes, adenomes, chondromes, fibromes) n'ont aucune tendance à se résorber, mais leur persistance indéfinie ne compromet pas la vie.

Les adénomes et les fibromes peuvent subir la transformation cancéreuse et de ce fait amener la mort. Enfin, les angiomes et les nœvi sont des affections dangereuses par les hémorrhagies auxquelles elles exposent, à la suite de leur rupture.

Les affections des voies urinaires ont une durée généralement fort longue : calculs vésicaux, cystite tuberculeuse, hypertrophie prostatique, rétrécissements de l'urèthre, mais les complications sont, par contre, presque toujours fatales à bref délai (rétention d'urine, infiltration, abcès urineux, perforations et ruptures). Les calculs durent parfois plusieurs années, à moins qu'une opération ne vienne à propos en débarrasser le patient; la cystite tuberculeuse dure de 6 à 12 mois ; l'hypertrophie prostatique n'a, pour ainsi dire, pas de terme, elle accompagne la vieillesse.

Quant aux rétrécissements, ils doivent être traités et surveillés pendant des années, si on veut éviter sûrement une récidive.

En ce qui concerne les organes génitaux de l'homme, l'orchite aiguë dure douze à quinze jours, mais elle peut basculer sur l'autre testicule et durer le double de temps ; le testicule tuberculeux peut arriver à suppuration en deux mois, il se détruit et l'ulcère se répare en 3 à 12 mois ; le testicule syphilitique aboutit à la destruction de l'organe en quelques semaines ; l'hydrocèle vaginale se résorbe seule en plusieurs semaines chez l'enfant nouveau-né ; elle n'a aucune tendance à la guérison chez l'adulte ; l'hématocèle ne guérit pas non plus spontanément et compromet les fonctions du testicule.

Chez la femme, la métrite ne guérit jamais complètement, elle dure jusqu'à la ménopause,

parfois même au delà. Les pansements et les injections l'améliorent tant qu'ils sont continués. La salpingite peut guérir seule ou à la suite de pansements et de columnisation vaginale, mais généralement, elle persiste comme la métrite. Les fibromes utérins durent jusqu'à la ménopause, à moins qu'ils n'aient auparavant amené la mort par hémorrhagie ou transformation épithéliomateuse. Après la ménopause, ils ne s'atrophient pas toujours et peuvent donner lieu aux mêmes accidents (hémorrhagies ou transformation épithéliomateuse). Les abcès pelviens, non traités, aboutissent à la cachexie et au marasme après dix, douze, quinze mois de souffrances. La ménopause elle-même donne lieu à des troubles, accidents et complications qui peuvent durer quelques mois ou plusieurs années.

La question des suites des blessures, plaies, inflammations, tumeurs est d'une grande complexité et ne saurait être traitée ici, même d'une manière générale. Tout ce qui peut servir à guider le pronostic, c'est l'étude approfondie du diagnostic d'une part et la pratique de l'antisepsie d'autre part. Les plaies ne doivent plus aujourd'hui provoquer de complications telles que tétanos, érysipèle, pyohémie ; l'antisepsie a détruit ces éventualités. Elles ne sont donc plus dangereuses que par les déformations ou les destructions d'organes importants (veine, artère, nerf, cœur, poumons, foie, reins, yeux, cerveau, moelle, estomac, intestins, vessie). Les corps étrangers des yeux ont toujours des suites très longues (3, 6, 12 mois et plus) s'ils sont profondément entrés et non extraits ; les corps étrangers des oreilles ont aussi une grande gravité par les perforations qu'ils provoquent ou par les maladresses des tentatives d'extraction. Les corps étrangers des voies aériennes peuvent amener l'asphyxie immédiate, ou la gangrène et les abcès du médiastin. Les corps étrangers de la vessie amènent la formation de calculs ; dans l'urèthre, ils provoquent des ruptures. Dans les voies digestives, les corps étrangers amènent des perforations et de la péritonite, s'ils sont anguleux et s'ils séjournent trop longtemps.

Quant aux projectiles (balles de revolvers ou de fusil, éclats de bombes ou d'obus) ils produisent dans les tissus, muscles, os, articulations, viscères, des désordres très variables comme durée. Parfois, ils s'enkystent ; d'autres fois, ils provoquent des hémorrhagies, des perforations, des suppurations, des fractures qui ont une durée et une gravité plus grandes que dans des cas ordinaires de traumatismes par chocs, chutes, coups de couteau. D'ailleurs ces blessures, même après leur cicatrisation, restent douloureuses des mois et des années, surtout au moment de la saison humide et des changements brusques de température de l'atmosphère.

Les furoncles et les anthrax sont sujets à récidive et leurs cicatrices sont toujours difformes.

Les brûlures produisent souvent soit des plaies ulcéreuses qu'on ne peut cicatriser que par la greffe, soit des déviations et des occlusions qui compromettent les fonctions. Leur grande étendue peut amener la mort, soit par choc nerveux, soit par ulcération intestinale et diarrhée, soit par épuisement à la suite de la suppuration abondante que provoque le travail d'élimination des eschares et de réparation par bourgeonnement.

La phlébite est toujours grave, puisqu'elle expose au détachement d'un fragment de caillot à la suite d'un mouvement brusque ou d'un simple essai de marche, et à une embolie cardiaque ou pulmonaire, c'est-à-dire à une mort subite.

Nous n'insisterons pas sur le pronostic des anévrysmes qui est fatal 99 fois sur 100.

Les fractures amènent à leur suite des déformations de membres, des impotences fonctionnelles, des raideurs, des œdèmes prolongés qui entravent la reprise des occupations et des travaux antérieurs. Le cal peut être difforme, comprimer des filets nerveux, des troncs artériels, provoquer ainsi des douleurs, des œdèmes, de la gangrène même. S'il est insuffisamment consolidé, le cal peut se rompre de nouveau et la nouvelle reconstitution d'un cal produit le plus souvent un raccourcissement notable du membre (claudication). Les fractures mal réduites ou mal consolidées sont suivies de difformités et d'infirmités plus ou moins pénibles.

Les luxations ont une grande tendance à se reproduire. après leur réduction et une articulation antérieurement luxée est prédisposée à ce déplacement. Les entorses, les hydarthroses, les arthrites exposent toujours les sujets ayant un terrain favorable à une ostéo-arthrite tuberculeuse. Cette éventualité, tout en étant une exception, doit toujours entrer en ligne de compte dans le pronostic.

Les arthrites tuberculeuses aboutissent à l'ankylose, ou à la suppuration, après des mois de souffrances. Même après avoir suppuré, elles peuvent s'ankyloser. mais, le plus souvent, elles épuisent le patient et déterminent sa mort par cachexie et marasme, ou par bacille sur les poumons ou les méninges.

Les tumeurs, dites malignes, ont naturellement un pronostic fatal ; mais, même les tumeurs bénignes, peuvent aboutir à la mort par les désordres que leur volume provoque au milieu des tissus.

Le pronostic des affections des voies urinaires est bénin pour les malades dociles et peu névropathes qui se soumettent volontiers au traitement imposé ; il est sombre et fatal pour les nerveux, pour les négligents et les malpropres, qui ne se soignent pas, se soignent mal, ou même se soignent trop et passent leur temps à se sonder avec des sondes mal nettoyées.

Le pronostic des affections gynécologiques est peu grave pour les métrites, mais il est sérieux pour les salpingites, les tumeurs, les abcès pelviens, car outre les ruptures et les accidents péritonitiques auxquels il y a souvent lieu de s'attendre, la grossesse est fréquemment empêchée ou arrêtée avant terme par ces affections.

Nous terminerons en disant quelques mots du pronostic opératoire. En général, une opération chirurgicale qui n'intéresse pas le squelette, guérit en 15 à 20 jours et la convalescence est d'un ou deux mois.

Les opérations sur le squelette exigent un repos de deux ou trois mois et une convalescence de même durée. Ces délais ne concernent bien entendu que les opérations absolument aseptiques ou antiseptiques, comme on doit les pratiquer aujourd'hui. D'ailleurs, malgré la

puissance de nos moyens anesthésiques et antiseptiques, malgré nos connaissances et notre habileté, nous devons toujours nous montrer prudents dans nos pronostics opératoires. Pour le malade, il faut une assurance et une affirmation absolues, mais, pour l'entourage, il faut de la réserve ; aucune opération n'est légère et ne doit être prise à la légère. Les surprises sont trop fréquentes pour que nous négligions, en quelque circonstance que ce soit, de prendre toutes nos précautions oratoires et ..... opératoires.

Dr Paul HUGUENIN.

PRATIQUE RHINOLOGIQUE

La Douche naso-pharyngienne,

Par le Docteur A. TARDIEU,
médecin consultant au Mont-Dore.

Durant ces derniers temps, on a écrit beaucoup sur la douche nasale et la douche naso-pharyngienne. Si l'on en croyait les écrivains les plus récents, la douche nasale ne serait pas sans inconvénients, ni même sans dangers. Tel n'est pas notre avis ; et, comme nous avons pratiqué la douche nasale et naso-pharyngienne sur un grand nombre de personnes, depuis dix-huit années, nous sommes à même de donner des renseignements précis sur un pareil sujet. Certes, la douche naso-pharyngienne n'est pas sans quelques inconvénients ; mais, si elle est bien faite, elle est sans danger. En outre, son utilité est incontestable, et il nous paraît impossible, d'arriver, sans elle, à la guérison complète de l'asthme.

D'où viennent donc les inconvénients signalés par plusieurs auteurs ? Presque toujours de ce que la douche est mal faite. Tantôt la pression du liquide injecté est trop forte ; tantôt l'appareil défectueux ou la canule nasale mal faite. Quant au liquide injecté, la composition n'est pas sans danger : la muquense naso-pharyngienne est sensible, tout à la fois à la température et à la composition du liquide.

Quand nous prescrivons la dose naso-pharyngienne à domicile, nous préférons l'irrigateur Eguisier à tous les autres appareils, et l'eau salée légèrement, à 38 degrés centigrades, nous paraît le liquide préférable. Notre formule est la suivante : Deux litres eau chaude à 38° avec une cuillerée à bouche de sel gris ; lorsque la solution est complète, on verse le tout dans un irrigateur. La plupart des irrigateurs ne contenant que 70 à 80 centilitres, il faut faire 2 ou 3 versements successifs, pour avoir une bonne douche naso-pharyngienne. D'ordinaire, nous prescrivons la moitié de l'eau pour les fosses nasales et l'autre moitié pour le pharynx.

La canule est la canule olivaire, entrant peu dans les fosses nasales, mais les obturant parfaitement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. La pression doit être faible ; le jet doit avoir au plus 2 ou 3 centimètres ; et, sauf des cas exceptionnels, où le jet doit être plus fort, ce maximum est parfaitement suffisant, pour remplir les fosses nasales d'un côté. C'est un véritable bain plutôt qu'un jet à eau courante. L'eau passe d'ordinaire facilement d'une fosse nasale dans l'autre, pour ressortir par la narine libre. Chez quelques personnes cependant, ce passage est difficile sinon impossible, et l'eau revient par la bouche. De toute façon, dans la douche nasale, le liquide injecté agit par remplissage et bain, bien plutôt que par jet direct, sur un point donné. Ceci explique suffisamment pourquoi, après dix-huit années de recherches, nous nous servons presque exclusivement de la canule nasale olivaire en buis, que l'on adapte facilement au tube de l'irrigateur ou d'un appareil quelconque.

Nous convenons, du reste, parfaitement, que, dans certains cas spéciaux, des canules minces ou recourbées sont nécessaires, pour agir plus localement et par jet direct, sur un point déterminé des fosses nasales ou du pharynx.

Nous avons l'habitude de compléter la douche nasale par la douche amygdalienne. Cette dernière douche rend d'immenses services ; on connaît mal les fonctions des amygdales et je vais certainement surprendre bien des lecteurs, en leur disant qu'il ne faut pas couper les amygdales. Comment, me direz-vous, alors, pourra-t-on guérir ces énormes hypertrophies des amygdales, avec toute la série d'abcès singuliers, et assez mal connus, que l'on voit souvent près des amygdales ?

La douche amygdalienne bien faite peut guérir tout cela. J'estime rendre service à bien des personnes, en donnant les détails qui vont suivre. Ils sont le résultat d'une expérience déjà longue, et je regarde avant tout comme un devoir de les publier.

J'ai cherché longtemps la douche amygdalienne avant de la bien faire ; et, à dire vrai, ce sont des clients qui me l'ont apprise. Donc, voici la méthode que je suis, et qui me semble la meilleure :

Pour faire la douche amygdalienne, il faut être debout. Si on reste assis, l'eau tombe sur l'épiglotte et le larynx et la douche devient impossible. On doit donc être debout. On incline horizontalement la tête, la bouche grande ouverte. On tient la canule d'une main, et le robinet de l'appareil injecteur de l'autre. On dirige le jet à droite ou à gauche, dans la bouche, comme si l'on voulait faire sortir le jet à l'angle de la mâchoire. De cette façon, on évite le plus possible la luette, dont le chatouillement par l'eau amène des efforts de déglutition.

La position horizontale de la tête, la bouche grande ouverte, fait que l'eau frappe le voisinage de l'amygdale et retombe d'elle-même en bas, sans se diriger vers l'épiglotte et le larynx. Contrairement à la douche nasale, la douche amygdalienne doit être forte, afin de malaxer en quelque sorte les amygdales ; et, la canule doit être tenue dirigée vers la bouche ouverte, à une distance d'au moins 5 à 10 centimètres, pour que l'eau injectée puisse retomber facilement de la bouche.

Je remarque, en passant, que les personnes très sensibles aux premières douches nasales feront bien de commencer par la douche amygdalienne, qui leur facilitera ensuite la douche nasale. De même, les personnes dont la luette est particulièrement chatouilleuse verront, avec un peu d'habitude et de patience, cette sensibilité exagérée disparaître.

Voici plusieurs années que je pratique la douche amygdalienne comme je viens de la décrire ;

et, j'ai vu nombre de fois, des amygdales énormes se réduire comme par enchantement. Au surplus, j'estime que le médecin thermal ne doit faire que les opérations d'urgence, qui sont fort rares. Son rôle est de donner, le mieux possible, l'eau prescrite par le médecin ordinaire. A ce dernier seul appartient la direction de son malade et la suite à donner à une opération qui peut être nécessaire, mais nullement urgente.

J'ai lu, non sans étonnement, les accidents signalés par plusieurs confrères, au sujet de la douche nasale ou naso-pharyngienne. J'ai certainement ordonné la douche naso-pharyngienne à plus de deux mille malades, depuis dix-huit ans que j'exerce, et je n'ai pas eu d'accident grave à déplorer. J'ai noté, dans deux cas, le spasme de la glotte. Ce spasme, véritablement effrayant, a disparu en peu de temps. Plusieurs fois, des femmes, des enfants et même des hommes, particulièrement sensibles, se sont trouvés mal à la douche nasale ; mais jamais il n'y a eu de suites graves. Quelques malades ont été alités pendant un jour ou deux, pour de violents maux de tête, qui ont disparu sans laisser de suite. Ces maux de tête sont surtout fréquents dans les anciennes sinusites. Enfin, des clients, chez lesquels quelques gouttes d'eau avaient envahi la trompe d'Eustache, ont présenté, pendant quelques jours, de la surdité, mais jamais cette surdité n'a persisté. Comme je prescris des douches naso-pharyngiennes avec plusieurs eaux différentes, ce n'est donc pas tel ou tel liquide qui amène des accidents, que pour mon compte je n'ai pas eus, mais bien plutôt la manière de faire la douche nasale.

Si j'ai tenu à réhabiliter un peu la douche naso-pharyngienne, dans l'esprit de mes confrères, c'est que cette douche est appelée à rendre d'immenses services. Seule, elle peut amener la guérison dans un certain nombre de maladies ; et de toutes ces maladies la plus importante est l'asthme. Si je donnais, ici, la statistique véritablement étonnante des asthmatiques, guéris ainsi, je risquerais fort de passer pour un farceur qui cherche à faire de la réclame.

La douche naso-pharyngienne est absolument indispensable pour la guérison de l'asthme. Je veux même croire que certaines eaux thermales sont spéciales pour le traitement de cette maladie ; j'entends d'ici les vieux habitués des eaux thermales me dire : Comment, vous préférez la douche naso-pharyngienne aux inhalations de vapeurs? A cela je réponds : les deux sont excellentes ; mais je n'ai guère vu d'asthmatique guéri complètement sans la douche nasale ; tandis que la douche nasale unie aux vapeurs, amène presque certainement la guérison, au moins, pour plusieurs années.

Ce mot de guérison étonnera beaucoup de médecins. Et cependant la vérité est là. L'asthme guérit presque toujours avec l'emploi judicieux de certaines eaux thermales et des douches locales.

Lorsque mon confrère Alvin, de Saint-Etienne, m'apprenait la douche naso-pharyngienne, il y a 18 ans, j'étais bien loin de me douter de son importance pour la guérison de l'asthme. Je fais grâce au lecteur de tous les détails de mes observations, pour lui faire part seulement de la conclusion à laquelle je suis arrivé : l'asthme est avant tout une névrose du ganglion sphéno-palatin. Avec la douche nasale j'agis directement sur ce ganglion ; et, chaque année, j'obtiens des guérisons aussi étonnantes que rapides.

Tout ce qui peut gêner le ganglion sphéno-palatin peut amener l'accès d'asthme. Et, ce qui étonnera bien des médecins, les bronchiteux, quels qu'ils soient, ne deviennent asthmatiques que lorsque les fosses nasales, c'est-à-dire avec elles, le ganglion sphéno-palatin, sont pris.

Ceci nous donne tout de suite la clef de l'asthme sec et de l'asthme humide, parfois si différents d'aspect. Qu'un petit polype muqueux mal placé vienne gêner le ganglion sphéno-palatin, et vous avez subitement un accès d'asthme sec. De même, pour telle ou telle odeur agissant sur le nerf olfactif, dont les ramifications avec le dit ganglion sont bien connues. Quelques auteurs disent encore asthme nasal, asthme bronchitique, à cause des phénomènes accompagnant la dyspnée, qui est le premier et constant phénomène de l'asthme.

Chez le bronchitique devenu asthmatique, et asthmatique humide, à cause de l'expectoration, qui, chez lui, a été le phénomène avant-coureur, les fosses nasales ne se prennent souvent qu'après des bronchites répétées. Et alors, on a dans les deux grandes variétés d'asthmatiques, deux variétés d'emphysème, que les auteurs, je crois, n'ont jamais indiquées. Il m'a fallu des années pour débrouiller cette question de l'emphysème, que l'on croit d'ordinaire si simple.

Dans l'asthme sec, l'emphysème se présente avec des râles secs, sifflants. Le malade a la poitrine rétrécie, resserrée comme dans un étau. C'est une véritable *contracture* des fibres musculaires lisses du poumon, contracture qui amène cet organe à un minimum de volume.

Dans l'asthme humide, au contraire, l'emphysème s'accompagne de râles muqueux et ronflants, râles humides indiquant bien la présence des mucus, dont l'expulsion amène le soulagement du malade. Au lieu d'une contracture, nous avons une véritable *paralysie* ou inertie des fibres musculaires lisses du poumon. Cet organe, au lieu d'être rétréci, est au contraire gonflé, dilaté. Rien ne ressemble moins à l'asthmatique sec, d'aspect étranglé, que le gros asthmatique humide, dont la poitrine est gonflée.

Mais les deux asthmatiques ont un trait commun, la dyspnée. Le point de départ de cette dyspnée est dans la gêne du ganglion sphéno-palatin, dont les branches nerveuses vont dans le bulbe. Le ganglion sphéno-palatin est le concierge des voies respiratoires. C'est lui qui amène la contraction brusque de tous les muscles, qui concourent à l'acte vital primordial de la respiration. Tout irritant nuisible, en passant devant lui, trouve plus loin la porte fermée devant la glotte. La contracture aussi violente que subite de tous les muscles du système respiratoire arrête les gaz et les liquides ; n'est-ce pas là ce que nous observons chez le noyé, qui n'a pas même une goutte d'eau dans les bronches ? Le noyé meurt étranglé par le spasme du pharynx et des bronches, et tout acte qui détruira à temps ce spasme, comme la traction rythmée de la langue, pourra le rappeler à la vie.

Je conclus : la douche naso-pharyngienne est une merveilleuse méthode de traitement, plus on l'étudiera plus on verra son importance, car elle est une conséquence logique de l'importance vitale prépondérante des fosses nasales, du pharynx et des amygdales. Les fosses nasales donnent entrée à l'air, elles sont le régulateur de la vie, et leur thérapeutique mérite grandement de fixer l'attention du praticien.

Dr A. TARDIEU,
Médecin consultant au Mont-Dore,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un mot sur l'Ordre des médecins.

Il est au moins singulier que les arguments contre l'Ordre des médecins se multiplient, quand les partisans de cette institution n'ont encore pu ni augmenter leur nombre, ni offrir de solution pratique acceptable.

Ces partisans proposent, comme type, aux médecins, l'organisation de l'ordre des avocats.

Eh bien ! pour qui sait voir, réfléchir et juger sans parti pris, l'exemple que vient de donner l'ordre des avocats tranche la question de l'ordre des médecins.

Nous ne voulons retenir que l'attitude des avocats au Palais de Justice, lors de *l'affaire* ; nous ne voulons nous arrêter qu'à la conduite du barreau de Nancy, lors du jugement du petit soldat ; nous ne voulons songer qu'à la situation des avocats auxquels on demande de dévoiler les secrets de leur cœur et de leur conscience, en leur présentant à signer une adresse en faveur de *telle* ou *telle opinion*, — et cela nous suffit !

Quand nous voyons s'agiter et exercer une pression sur leurs confrères, certains membres de l'ordre, au nom de l'ordre tout entier, — dans un but plus ou moins clair, dans une intention plus ou moins droite, nous — jusqu'ici indécis — nous qui demandions à être converti, à opter pour ou contre un Ordre des médecins, nous sommes suffisamment édifié et prenons nettement parti contre un embrigadement quelconque.

C'est au moment où nous constatons un désaccord complet entre les avocats, où nous assistons au choc de leurs opinions contraires, où nous observons de véritables attentats à la liberté et à l'indépendance des membres de cet ordre, qu'on voudrait nous gratifier d'une semblable organisation !

Ne voit-on pas les conséquences de ces atteintes portées à la liberté ? les faveurs, puis les haines et les vengeances même qui peuvent en être la suite ?

Et il serait possible que des hommes intelligents, placés en haut de l'échelle sociale, à l'avant-garde du progrès, possédant une action considérable sur les masses, se trouvent dans la nécessité de se conformer à un mot d'ordre, d'applaudir malgré eux des fonctionnaires de l'ordre, de favoriser les menées de quelques ambitieux, de s'incliner devant l'inexpérience des jeunes ou les rodomontades des anciens, d'abdiquer leurs idées personnelles dans la crainte d'une radiation, d'une punition et peut-être d'un avenir compromis !

Nous l'avons déjà dit, le médecin ne peut relever que de sa conscience, quand il s'agit de ses actes médicaux ; à plus forte raison, doit-il, comme un simple citoyen, ne relever que de sa conscience dans tous les actes de la vie. Il ne doit compte à personne de ses opinions, ni de sa conduite, car il ne s'incline que devant une règle morale : l'honnêteté, sauvegarde des individus et des sociétés.

Son instruction, son caractère, ses idées, qui sont le fruit de sa profession autant que de son éducation et de son milieu, éloignent toute idée d'enrégimentation. Les statuts ne sont point faits pour lui, parce qu'il a en lui le meilleur et le plus sûr des règlements.

Combien rares, en somme, sont ceux qui s'écartent de la droite ligne !

Indépendant, libre, la tête haute et fière, le médecin va droit son chemin. Il est connu et signalé pour sa droiture, même par ses confrères, qui presque tous l'imitent. Les malheureux qui s'écartent de la bonne voie sont connus et signalés aussi : ils sont tenus à l'écart ! Et cette police spontanée et instinctive est un garant plus sûr de l'honneur professionnel que tous les ordres des médecins les mieux organisés.

15 mars 1898

Dr COURGEY.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Société locale de la Seine-Inférieure.

Extrait du procès-verbal de la réunion du 4 Juillet 1897.

La Séance est ouverte à trois heures, sous la présidence de Mr le Dr Douvre, qui fait part des excuses de MM. Gibert, Auger, Giraud, Boucher, Cocatrice, Jules Hue, François Hue, et de Me Gosset, conseil judiciaire.

L'admission de cinq sociétaires nouveaux, MM. Hamel, Trénel, Perrée, Bellicaud, Boullenger, est votée à l'unanimité.

M. le président prononce ensuite son allocution, rappelant les deuils de la société, et rendant compte des faits importants de l'assemblée générale de l'Association des médecins de France.

Il termine ainsi :

L'association a dû s'occuper d'une question de Déontologie qui relevait plutôt d'un syndicat ; mais comme le Syndicat départemental de la Seine-Inférieure n'est pas encore constitué, la Commission administrative a pensé qu'il était de notre devoir de nous en occuper comme rentrant dans l'esprit de nos statuts réglementaires.

Voici ce dont il s'agissait:

Plusieurs confrères du département ayant eu à se plaindre de la façon illégale et fantaisiste dont certains maires répartissaient le service médical de l'assistance médicale gratuite, entre les médecins de leur commune, exposèrent leurs doléances à la Commission administrative ; ils lui demandèrent qu'une démarche fût faite auprès de l'autorité supérieure pour la prier de rappeler les maires à l'obéissance des prescriptions préfectorales dans l'application de la loi du 15 juillet 1893.

Cette démarche fut faite par votre Président, auprès de M. le Préfet qui l'accueillit avec la plus grande bienveillance et lui répondit en ces termes:

« Par une nouvelle circulaire insérée au *Recueil « des actes administratifs*, je vais de nouveau appeler « l'attention des maires sur les faits signalés et qui « sont, en effet, contraires à la loi du 15 juillet 1893, « comme aux resolutions prises par le Conseil géné- « ral », et il ajoutait : « Si, malgré cela, ces faits ve- « naient à se reproduire, je vous saurais gré de les « signaler en les précisant. »

En effet, le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture de la Seine-Inférieure, n° 29, page 354, contenait la circulaire annoncée.

Malgré cet avertissement, un maire s'étant encore permis de se soustraire aux instructions administratives, j'ai dû, sur la plainte d'un confrère lésé dans ses intérêts, adresser une nouvelle plainte à M. le préfet, en *précisant*..... Je n'ai pas encore reçu de réponse..

Tel est le contingent des faits marquants pendant l'exercice de 1896-1897.

L'état de nos finances est aussi satisfaisant que possible. D'après la communication qui m'a été faite par M. le Trésorier payeur général, le compte-courant et d'intérêts des fonds de l'Association de la Seine-Inférieure réglé par la Caisse des dépôts et consignations à Paris, le 31 décembre 1896, s'élevait à la somme de 55,646 fr., compris les fonds indemnité-maladie pour nne somme du 2,300 fr.

L'indemnité-maladie fonctionne régulièrement ; elle a attribué 159 journées d'indemnité à 6 sociétaires, soit 954 fr.

Son avoir aujourd'hui est de 4,441 fr.

Nous avons pu satisfaire largement à toutes les demandes de secours qui nous ont été adressées.

En somme, l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure voit sa prospérité s'accroître d'année en années, et son importance grandir de jour en jour.

Rapports.

M. le Dr Potel, *secrétaire général*, rend ensuite hommage à la mémoire de MM. Caron, Hélot, Leconte, Lafaurie et Vernau, décédés dans l'année.

Puis M. Lainy, *Trésorier*, donne lecture de son rapport :

Messieurs,

Le chiffre des secours distribués s'est élevé cette année à la somme de 2,460 fr., chiffre sensiblement supérieur à celui du dernier exercice. Malgré cette progression qui s'accentue tous les ans, nous avons encore pu faire face à toutes les dépenses sans toucher à nos fonds de réserve en dépôt à la caisse des Dépôts et Consignations.

MMmes Lafarge, du Havre, et Duménil, de Rouen, nous ont continué leurs dons de chaque année.

Nous avons reçu du Ministre de l'Intérieur une allocation de 40 fr.

Le Capital ou Fonds de réserve de l'Association est actuellement de 52,793 fr. 10, sur lesquels 52,200 fr. 75 sont déposés à la caisse des dépôts et Consignations et 592 fr. 35 sont restés dans la caisse du Trésorier.

Le trésorier donne les chiffres de sa comptabilité. Nous reproduisons seulement ceux de l'*Indemnité-maladie* et des allocations.

Votre Bureau, considérant que, cette année, nous avons eu beaucoup d'infortunes à soulager, que, d'autre part, nous sommes forcés de donner 200 fr. pour compléter une pension viagère, a pensé que nous ne pouvions pas envoyer de fonds à la Caisse des Pensions viagères. Il vous propose d'adresser, comme l'année dernière, une somme de 300 fr. à la nouvelle Caisse des Veuves et des Orphelins.

Fonds Indemnité-Maladie

Voici maintenant le fonctionnement du Fonds Indemnité-Maladie pour l'exercice 1896-97.

Nous avons commencé l'exercice ayant en caisse une somme de 1,563 fr. 67 sur laquelle nous avons prélevé mille francs que nous avons déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Ce versement portait à 3.300 fr. la somme déposée à cette caisse pour les fonds spécialement affectés à l'Indemnité-Maladie. Il nous restait donc comme fonds libres la somme de 566 fr. 67.

Dans sa séance du 6 août 1896, la Commission administrative, après avoir pris connaissance des resources existant en caisse, a maintenu à 6 fr. par jour le taux de l'indemnité pour l'exercice 1896-97.

Nous avons eu à payer à sept confrères 159 jours de maladie qui se décomposent de la manière suivante :

1° Dr de Parrel, de Dieppe, 42 jours.....	252 fr.
2° Dr Delabrosse, de Cany, 10 jours.....	60 »
3° Dr Brasse, de Rouen, 12 jours......	72 »
4° Dr Gouy, du Havre, 67 jours..........	402 »
5° Dr Thomas, de Saint-Saëns, 2 jours..	12 »
6° Dr Debout, de Rouen, 12 jours........	72 »
7° Dr Tourneux, de Rouen, 14 jours.....	84 »
Total (80 jours)...	954 fr.

Recettes.

1° Cotisations réglementaires (180 membres)................................	1.440 fr. »
2° Somme existant en caisse............	566 67
Total............	2.006 fr. 67

Notre Capital déposé à la Caisse des Dépôts et Consignations, par suite de la capitation des intérêts, se trouve porté, depuis le 1er janvier 1897, à 3,445 fr. 25.

Dépenses.

Les dépenses ont été de 1.010 fr. 20, ainsi réparties :

1° 159 jours à 6 fr........................	954 »
2° Frais de recouvrement...............	39 fr. 20
3° Frais de mandats, timbres, etc.......	17 »
Total............	1.010 fr. 20

En retranchant le passif de l'actif, il nous reste en caisse 996 fr. 47, qui, ajoutés à la somme de 3.445 fr. que nous avons en réserve à la Caisse des Dépôts et Consignations, font un total de 4,441 fr. 172, qui représente l'actif libre du fond Indemnité-Maladie à la fin de sa 4e année d'exercice.

Ordre des Médecins.

Après deux communications importantes de MM. les Drs de Parral et Jules Roger, la question de l'ordre des Médecins, est déclarée rester à l'étude, attendu que l'Assemblée ne manifeste pas une tendance favorable à cette fondation.

Elections statutaires.

Le résultat des élections est le suivant :

1° *Vice-Président.* — M. Tinel, réélu ;
2° *Trésorier.* — M. Lainey, réélu.

A propos des élections, statutaires, M. Desseaux dépose sur le Bureau nne proposition signée par 16 membres, ainsi conçue :

« Les membres de la Commission administrative ne pourront être élus plus de deux fois de sulte. »

Cette proposition, entraînant une modification au règlement, sera étudiée, avec les deux propositions précédentes de MM. Hurpy et Douvre (page 2), par une Commission qui sonmettra son rapport à la prochaine Assemblée générale.

Après la séance, un banquet, admirablement bien servi à l'Hôtel-Royel, a réuni les membres de l'assemblée.

VARIÉTÉS

Le Sanatorium de Bonmorin à Ardes-sur-Couse (Puy-de-Dôme).

A 15 kilomètres de la station du Breuil, située à proximité d'Issoire, se trouve le village d'Ardes-sur-Couse, chef-lieu de canton dans un pays assez pittoresque. A 1500 mètres de ce bourg, on voit le hameau de Bonmorin, en face duquel on a commencé à construire un sanatorium pour tuberculeux, à une altitude de 750 mètres environ. La beauté du paysage qui se déroule devant vous, à l'endroit où est situé le Sanatorium, surpasse toute expression, la vue est arrêtée au nord et à l'est par une colline plantée de sapins, et la colline où est situé Bonmorin ; au sud elle s'étend entre deux montagnes jusqu'à Brioude ; à l'ouest, on voit entre deux larges tranchées de montagne les plaines de la Limagne jusqu'aux monts du Forex.

Ce qui existe actuellement du Sanatorium est un massif de maçonnerie assez lourd établi sur une grande terrasse bâtie à grands frais avec les terres d'une colline avoisinante. Les encadrements des fenêtres du rez-de-chaussée, en pierre blanche, jettent une note d'une moderne gaîté sur cet ensemble, dont le sous-sol seul, en façade sur la terrasse, rappelait les dépendances d'un cirque romain qui eût eu son arène figurée par la terrasse elle-même.

Sera-t-il Dieu, table ou cuvette ?

disait le sculpteur de La Fontaine devant le bloc de marbre qu'il allait ébaucher.

Que sera la construction ? se demande le touriste attiré par le site ravissant de Bonmorin.

Et les médecins qui se rendent compte de ce que peut devenir ce commencement d'édifice font des réflexions amères. Ils songent que la construction ne pourra aboutir au but désiré, que ce n'est qu'après avoir fait de grands frais, et englouti l'argent de beaucoup d'actionnaires, qu'on arrivera à un ensemble qui ne sera qu'un sanatorium imparfait, déplaisant à ceux-là mêmes qui, séduits par l'idée, auront eu la patience de continuer l'œuvre.

Le travail entrepris présente en effet, tel qu'il est conçu, de grosses difficultés. Le plan du sanatorium comprend un pavillon central attenant de chaque côté à un long pan qui le sépare d'un autre pavillon. On a pu, jusqu'à présent, établir les fondations du pavillon central, du pavillon ouest, et des deux longs pans. Cet ensemble entre comme un coin dans une colline plantée de sapins qui a déjà été entamée pour la construction du pavillon central et du long pan est. Il sera nécessaire d'enlever un cube énorme de matériaux dans cette colline pour pouvoir établir les fondations du troisième pavillon. Ce dernier devra être protégé contre les éboulements des terres de la colline par un mur très élevé, chargé de les maintenir. On ne peut s'empêcher de critiquer l'imprévoyance avec laquelle les mesures ont été prises.

Le Sanatorium a, lui aussi, comme on le voit, sa Culebra.

Il semble qu'on se soit appliqué surtout à faire un ensemble architectural imposant, et que le but de l'établissement n'est que secondaire dans la conception du plan. Le pavillon central renfermera évidemment le majestueux escalier, sans lequel aucune construction n'est admise. Le rez-de-chaussée renfermera de magnifiques salles rivalisant avec celles de nos Casinos. Les malades auront leurs chambres au 1er et au 2e étage ; il y en aura 36 dans les deux longs pans, quelques-unes dans les pavillons extrêmes ; en somme, si on tient compte du logement du personnel, le nombre des malades que poura contenir cet établissement grandiose et coûteux, ... quand il sera terminé, n'excédera pas 60. C'est la population des hôtels d'un ordre médiocre dans nos villes d'eaux et sur le littoral.

On songe pour le moment à terminer la moitié de cette construction, afin d'en faire l'ouverture rapidement ; on verra plus tard pour le long pan et le pavillon est, quand le nombre restreint des malades que l'on pourra ainsi loger aura donné à la Société assez de rapports pour permettre la construction ruineuse de l'autre moitié de l'établissement.

Toutes ces choses font rêver, et on se demande si le mauvais génie qui a influé sur le goût douteux des constructions ne s'arrêtera pas devant les manifestations du bon sens. On se surprend même à désirer qu'il détruise son œuvre, afin que cette situation de Bonmorin, signalée par Daremberg, puisse devenir l'apanage d'un sanatorium construit suivant les règles de la saine raison et de l'hygiène, et vraiment digne de ce nom.

REPORTAGE MÉDICAL

Le legs Tarnier à l'Académie. — Dans son testament, le prof. Tarnier a laissé à l'Académie une rente de 5,000 francs, sur lesquels 3,000 seront prélevés pour la fondation d'un prix annuel, qui portera le nom de prix Tarnier et sera destiné à récompenser les meilleurs travaux concernant l'obstétrique et la gynécologie. Ce prix sera indivis et devra être attribué la première année à l'obstétrique, la seconde à la gynécologie, et ainsi de suite. Quant aux 2,000 francs de rente non affectés à la fondation du prix, l'Académie sera libre de les employer à son gré.

Comment fut créée la Société locale de Maine-et-Loire. — Les *Archives médicales d'Angers* racontent ainsi le fait :

« Le Dr Lachèse allant un jour visiter un malade dans une commune voisine, vit, à la porte d'un officier de santé, un huissier se disposant à faire la saisie sur ce que possédait ce confrère malheureux. Aussitôt il s'interposa, promit de payer la somme due, puis raconta à la Société de médecine ce qu'il avait fait. Ses collègues voulurent partager avec lui le mérite de sa bonne action. Telle fut l'origine de l'Association médicale de Maine-et-Loire. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4258.— M. le docteur Paulet, de Saint-Leu (Réunion), membre du syndicat de la Réunion.

N° 4259.— M. le docteur Debray, de Saint-Amand-sur-Fion (Marne), membre du syndicat de Vitry-le-François.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année **N° 15** 9 Avril 1898



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société Civile du Concours Médical.

Séance du 18 Mars 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat.

Excusé : M. le Dr Gibert.

Le Dr Maurat expose qu'il serait facile moyennant entente avec la Cie le Phénix, de rendre possible le fonctionnement de la *Caisse des Veuves*, dès ce jour, et quelque soit le nombre des adhérents

Le Conseil décide qu'on s'entendra avec la Cie, pour les questions de détail, de façon à prendre une détermination définitive à la prochaine séance du Conseil. L'exposé de la combinaison sera fait alors aux membres du Concours.

Le Conseil examine la correspondance et donne aux questions soulevées les solutions qu'elles comportent.

Le secrétaire du Syndicat de R. se plaint des agissements de plusieurs confrères de la localité, qui auraient publié à la 4e page des journaux locaux, des réclames relatant des guérisons merveilleuses et l'emploi de méthodes spéciales. Il demande l'avis du Conseil.

Il a été répondu que toutes les Sociétés Médicales étaient unanimes à blâmer ces errements, et on a signalé la possibilité de les faire cesser par la publication, aux mêmes journaux, d'un ordre du jour du Syndicat.

Le Conseil aborde l'étude de l'organisation du *Sou Médical.*

Le Sou Médical.

M. le Président expose que la circulaire-propagande, contenant les statuts provisoires et la formule d'adhésion, a été envoyée à tous les médecins ; que la correspondance parvenue au secrétaire-général indique le bon accueil fait à la création nouvelle et signale déjà des cas d'intervention offrant un réel intérêt ; que M. Gassot, trésorier, a fait préparer tous registres, carnets et imprimés nécessaires à l'organisation, et a rédigé un projet de statuts, qui doit être examiné sans retard.

Il remercie MM. de Grissac et Giberton-Dubreuil, présidents des Syndicats de Pontoise et de Versailles, qui se sont intéressés dès l'origine à l'idée de la création du *Sou médical*, d'avoir bien voulu assister à la réunion préparatoire du Conseil : il remercie également M. Gatineau d'avoir accepté les fonctions de Conseil judiciaire de la société naissante.

M. le Dr Jeanne, secrétaire général, fait connaître les listes des donateurs, des adhérents et des dizainiers, et le Conseil décide qu'elles seront publiées au Journal du 9 avril.

Donateurs.

La Société du Concours Médical...	500 fr.
M. le Dr Cézilly, Directeur..... ...	200 —
Le Syndicat médical du Sud-Est...	50 —
Divers..............................	48 —

Le Conseil remercie tous ceux qui ont fait des dons et souhaite que leur exemple soit imité. Cependant il rappelle que c'est par la cotisation des membres adhérents que s'acquiert le meilleur titre aux bienfaits de la Société, puisqu'elle seule crée le droit le plus grand à la protection.

LISTE DES ADHÉRENTS

MM.
Cézilly, Chantilly (Oise).
Gassot, Chevilly (Loiret).
Maurat, Chantilly (Oise).
Jeanne, Meulan (S.-et-O.).
Bard, Lyon.
Pic, Lyon.
Grellety, Vichy.
Rigabert, Marly (S.-et-O.).
Courgey, Ivry (Seine).
Pannetier, Triel (S.-et-O.).
Le Menant-des-Chesnays, Ville d'Avray (S.-et-O.).
Lepage, Paris.
Ribard, Paris.
Sutils, La Chapelle-la-Reine (S.-et-M.).
Mignon, Les Mureaux (S.-et-O.).
Bazot, Joigny (Yonne).
Toussaint, Argenteuil (S.-et-O.).
Ribard, Meudon (S.-et-O.).
Topart, Pont-de-l'Arche (Eure).
Barbat, Charlieu (Loire).
De Grissac, Argenteuil (S.-et-O.).
Rousseau, Conflans-Saint-Honorine (S.-et-O.).
Duhourcau, Cauterets (Htes-Pyr.).
Archambaud, Paris.
Chevallier, Compiègne (Oise).
Bérillon, Paris.
Bonnarme, Pons (Char.-Infér.).
Giberton-Dubreuil, Jouy-en-Josas S.-et-O.).
Cabasse, Vaucouleurs (Meuse).
Richard-Lesay, Lille (Nord).
Dunogier, Paris.
Diacre, Villeneuve-Saint-Georges (S.-et-O.).
Lacroix, Paris.
Perret, Romans (Drôme).
Bocquet, Paris.
Mathon, Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).
Laffaille, Boissy-Saint-Léger (S.-et-O.).
Faraggi, Montesson (S.-et-O.).
Barada, Artenay (Loiret).
Duclaux, Mohon (Ardennes).
Devoisins, Breteuil-s.-Iton (Eure).
Lantier. Les Vans (Ardèche).
Courtade, Outarville (Loiret).
Doret, Les Aydes-Orléans (Loiret).
Saquet, Nantes (Loire-Inférieure).
Lagarde, Vals (Ardèche).
Planel, Beaumont-le-Roger (Eure).
Tarrou, Anduze (Gard).
Hintzy, Montmorency (S.-et-O).
Sève, Six-Fours (Var).
David, Claye-Souilly (S.-et-M.).
Nadaud, Bordj-Ménaïel (Alger).
Viel, Pont-l'abbé-Picauville (Manche).
Cornet, Marennes (Char.-Infér.).
Vico, Etrépagny (Eure).
Moreau, Versailles (S.-et-O.).
Letarouilly, Saint-Pair (Manche).
Nouët, Neung-sur-Beuvron (L.-et-C.).
Henriot, Montargis (Loiret).
Brauman, Chateaurenard (Loiret).
Nicolas, La Bourboule (P.-de-D.).
Marais, Honfleur (Calvados).
Baudron, Josnes (L.-et-C.).
Capitrel, Vimoutiers (Orne).
Décugis, Besse (Var).
Colin, Quimper (Finistère).
Vautier, Jouy-en-Josas (S.-et-O.).
Audollent, Paris-Auteuil.

MM.
Delineau, Paris.
Chamousset, Bellême (Orne).
Maugue, Les Martres-de-Veyre (P.-de-D.).
Lepelletier, Fleury-Vallée (Yonne).
Barbin, Montoir-de-Bretagne (L.-Inf.).
Dinan, Vigny (S.-et-O.).
Debains, Saint-Waast (Manche).
Loréal, Vallet (Loire-Infér.).
Lemaire, Le Tréport (Seine-Inf.).
Gaud, Melle (D.-S.).
Gilson, Angoulême (Charente).
Guerdez, Paris.
Gasztowski, Nevers (Nièvre).
Coliez, Longwy (Meurthe-et-Moselle).
Cassius, Layrac (Lot-et-Garonne).
Sabarots, Orègue (Basses-Pyr.).
Chatain, Saint-Omer (P.-de-C.).
Richard, Isigny (Calvados).
Girot, Tillières-sur-Avre (Eure).
Delouard, Béthisy-Saint-Pierre (Oise).
Emanuelli, Taulignan (Drôme).
Petit (Paul), Paris.
De Cool, El Madher-Batna (Algérie).
David, Narbonne (Aube).
Targowla, Amagne (Ardennes).
Laylavoix, Lamarque (Gironde).
Potin (Edouard), Paris.
Lombard, Terrasson (Dordogne).
Quantin, Gournay (Seine-Infér.).
Paté, Puget-Théniers (Alpes-Mar.).
Pan, Ste-Croix-du-Mont (Gironde).
Sicard, Castres (Tarn).
Blanchon, Valréas (Vaucluse).
Briot, Chaussin (Jura).
Michel, Argenton-Château (D.-S.).
Herpin, Livry (S.-et-O.).
Bardon, Brive (Corrèze).
Speckhahn, Renwez (Ardennes).
Chambon, Miramont (L.-et-G.).
Laporte, Paris.
Iung, Montcerf (S.et-M.).
Licke, Maisons-Laffitte (S.-et-O.)
Aymard, Limogne (Lot).
Doussain, Clisson (Loire-Infér.).
Scamarone, Frenda, Oran (Algérie).
Jouve, La Neuve-Lyre (Eure).
Huguenin, Paris.
Carcopino, Verneuil (Eure).
Baronnet, Mantes (S.-et-O.).
Guestre, Nonancourt (Eure).
Lhoste, Savigny-s.-Orge (S.-et-O.).
Vacher, Saint-Denis-de-Piles (Gironde).
Armand, Albertville (Savoie).
Herland, Rosporden (Finistère).
Robert, Le Chesnay (S.-et-O.).
Dubois, Savonnières (Indre-et-Loire).
Brun, Lherm (Haute-Gar.).
Bécue, Entrains (Nièvre).
Kahn, Paris.
Lefebvre, Bohain (Aisne).
Tournié, Cazouls-lès-Béziers (Hérault).
Gierszynski, Ouarville (E.-et-L).
Carboué, Saint-Clar (Gers).
Cossin, Auvers-s.-Oise (S.-et-O.).
Delobel, Noyon (Oise).
Poirson, Morez (Jura).
Simon, Nouen-le-Fuzelier (L.-et-Ch.).

MM.
Breitman, Ouzouer-le-Marché (L.-et-Ch.).
Faille, Fismes (Marne).
Aubeau, Paris.
Salles, Saint-Julien-en-Born (Landes).
Coculet, Montguyon (Char.-Infér.).
Rossi, Marseille.
Delthil, Briare (Loiret).
Héliot, Meulan (S.-et-O.).
Pecker, Maule (S.-et-O.).
Jacob, Guerchy (Yonne).
Pascalin, Saint-Pol-s.-Mer (Nord).
Delporte, Beton-Bazoches (S.-et-M.).
Bœll, Baugé (M.-et-L.).
Aury, St-Martin-d'Asprcs (Orne).
Gandaubert, Montsauche (Nièvre).
Pertat, Joinville (Haute-Marne).
Cahen, Vichy.
Grias, Pont-Aven (Finistère).
Roland, Dijon.
Roudouly, Caussade (T.-et-Gar.).
Delézinier, Limoges (Hte-Vienne).
Charpentier, Neuvy-s.-Loire (Nièvre).
Hervé, La Motte-Beuvron (L.-et-Ch.).
Gorecki, Paris.
Rabec, Chizé (Deux-Sèvres).
Lambry, Courtenay (Loiret).
Darin, Chaville (S.-et-O.).
Fayard, Péage-de-Roussillon (Isère)
Auriol, Arles (B.-du-Rh.).
Fauchon, Orléans (Loiret).
Ménière, Jargeau (Loiret).
Chipault, Orléans (Loiret).
Brissaud, Paris.
Gattier, Saint-Agneau-d'Hautfort (Dordogne).
Beaupère, Salornay-s.-Guye (S.-et-L.).
Dubois, Sommery (Seine-Infér.).
Le Moaligou, Quimperlé (Finistère).
Berrez, L'Hermenault (Vendée).
Desnos, Paris.
Strauss, Vinsobres (Drôme).
Martin, Sassenage (Isère).
Poggi, Marseille.
Serph, Bois-de-Céné (Vendée).
Tabard, Varreddes (S.-et-M.)
Boley, Signy-l'Abbaye (Ardennes).
Branzeau, Doazick (Landes).
Getten, Pouillon (Landes).
Pasquier, Saint-Martin-du-Bois (M.-et-L.).
Devoir, Villeneuve-s.-Yonne (Yonne).
Suarez de Mendoza, Angers (M.-et-L.).
De Labrousse, Guelma (Algérie).
Mac Auliffe, La Réunion.
Armirail, Courbevoie (Seine).
Cornilleau, Le Mans (Sarthe).
Lemaître, Neufchâtel (Pas-de-Calais).
Hardivilliers, Beauvais (Oise).
Jacquot, Creil (Oise).
Crouzet, Creil (Oise).
Bouchain, Saint-Ismier (Isère).
Cancalon, Charenton (Seine).
Dugau, Bergerac (Dordogne).
Cazanove, Carcassonne (Aude).
Lejeune, Meursault (Côte-d'Or).

LISTE DES DIZAINIERS DÉJA INSTITUÉS

Le Bureau du Concours médical, qui peut recevoir adhésions et cotisations, puis les confrères dont les noms suivent, que le Conseil remercie d'avoir accepté ces délicates et très importantes fonctions.

Drs

1. Bouchain, Saint-Ismier (Isère), président du Syndicat du Sud-Est.
2. Maurat, Chantilly, président du Syndicat de l'Oise.
3. Giberton-Dubreuil, Jouy-en-Josas), président du Syndicat de Versailles.
4. De Grissac, Argenteuil, président du Syndicat de Pontoise.
5. Rousseau, Conflans-Sainte-Honorine (S.-et-O.).
6. Pannetier, Triel (S.-et-O.).
7. Héliot, Meulan (S.-et-O.).
8. Mignon, Les Mureaux (S.-et-O.).
9. Rigabert, Marly-le-Roi (S.-et-O.).
10. Courgey, Ivry (Seine).
11. Dunogier, 46, rue Saint-Placide, Paris.
12. Lacroix, 26, rue du Printemps, Paris.
13. Brissaud, 9, quai Voltaire, Paris.
14. Paul Petit, 30, rue Racine, Paris.
15. Huguenin, 144, rue Lafayette, Paris.
16. Grellety, Vichy et Paris.
17. Bazot, Joigny (Yonne), président du Syndicat de Joigny.
18. Topart, Pont-de-l'Arche (Eure).
19. Jouve, La Neuve-Lyre (Eure).
20. Aury, Saint-Martin-d'Aspres (Orne), secrétaire du Syndicat de Laigle.
21. Barbat, Charlieu (Loire).
22. Chevallier, Compiègne (Oise).
23. Richard-Lesay, Lille, président du Syndicat de Lille.
24. Perret, Romans (Drôme).
25. Laffaille, Boissy-Saint-Léger (S.-et-O.).
26. Lagarde, Vals-les-Bains (Ardèche).
27. Tarrou, Anduze (Gard), secrétaire du Syndicat des Basses-Cévennes.
28. Colin, Quimper (Finistère).
29. Chamousset, Bellême (Orne).
30. Barbin, Montoir-de-Bretagne (Loire-Infre).
31. Debains, Saint-Waast-la-Hougue (Manche).
32. Lemaire, Le Tréport (Seine-Inférieure),
33. Lambry, Courtenay (Loiret).
34. Fauchon, Orléans (Loiret).
35. Gaud, Melle (Deux-Sèvres).
36. Gilson, Angoulême.
37. Lombard, Terrasson (Dordogne).
38. Paté, Puget-Théniers.
39. Briot, Chaussin (Jura).
40. Michel, Argenton-Château (Deux-Sèvres).
41. Herpin, Livry (Seine-et-Oise).
42. Bardon, Brive (Corrèze),
43. Doussain, Clisson (Loire-Inférieure).
44. Armand, Albertville (Savoie).
45. Herland, Rosporden (Finistère).
46. Poirson, Morez (Jura).
47. Simon, Nouen-le-Fuselier (Loir-et-Cher).
48. Breitmann, Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher).
49. Delthil, Briare (Loiret).
50. Bœll, Baugé (Maine-et-Loire).
51. Gandaubert, Moutsauche (Nièvre).
52. Perlat, Joinville (Haute-Marne).
53. Grias, Pont-Aven (Finistère).
54. Roland, Dijon (Côte-d'Or).
55. Roudouly, Caussade (Tarn-et-Garonne).
56. Auriol, Arles (Bouches-du-Rhône).
57. Gattier, Saint-Agneau d'Haufort (Dordogne).

Après avoir pris connaissance de ces listes, le Conseil émet le vœu qu'avant le 15 avril, date de sa réunion prochaine, de nouveaux confrères l'informent de leur désir de faire une active propagande et sollicitent le rôle de collecteur dizainier.

M. le Trésorier informe le Conseil qu'il a reçu :

1° La cotisation annuelle de MM. Laporte, Le Menant des Chesnays, Delézinier, Coculet, Faille, Brun, Aury, Châtain, Targowla, Richard, Rabec, Scamarone, Pascalin, Aubeau, Delporte, Gattier, Lombard, Courgey, Tabard, Strauss, Cossin, Marais, Pasquier, Getten, Gassot, Cézilly, Jeanne, Maurat, Jacquet, Crouzet, Le Moaligou, Toussaint, Grias, Lemaître, Lejeune, Jouve, Chamousset ;

2° La première cotisation trimestrielle de MM. Sève, Cornilleau et Branzeau.

3° Les dons divers de MM. Lescudé, Joffrion, Pecker, etc...

Il demande que les confrères qui ont versé veuillent bien considérer comme récépissé la publication de leur nom dans la liste ci-dessus.

Le Conseil décide ensuite :

1° *Que les sociétaires qui ont opté pour l'envoi de la cotisation annuelle, semestrielle ou trimestrielle, directement au Trésorier, devront effectuer cet envoi avant le 1er mai prochain ;*

2° *Que ceux qui ont sollicité le recouvrement postal sont priés de faire bon accueil à la traite qui leur sera présentée à la même époque ;*

3° *Que ceux qui, après lecture des listes ci-dessus, auront fait choix d'un dizainier, sont priés d'effectuer à cette même date leur premier versement entre les mains de ce dizainier qui transmettra au Trésorier les sommes reçues.*

Le secrétaire général donne connaissance de lettres nombreuses touchant des affaires qui rentrent dans le programme du *Sou médical*. Mais il fait remarquer que plusieurs sont signalées ou par des syndicats, ou par des confrères non encore adhérents, et demande quelle réponse il convient de faire en ces cas.

Le Conseil estime : 1° que les *adhérents qui ont versé leur cotisation* peuvent seuls réclamer l'appui de la Société ; 2° que la ligne de conduite à adopter pour venir en aide aux syndicats régionaux est celle que propose le Syndicat du Sud-Est, et qui est ainsi conçue : « *Le Bureau de chaque syndicat, ou de chaque société, fera une active propagande dans les rangs des médecins de sa région, afin de procurer des adhésions au* Sou médical; *en revanche, le concours de celui-ci sera acquis, dans toute la mesure possible, au syndicat ou à la société qui auront à faire acte de protection en faveur d'un de leurs membres adhérents à notre caisse* ; 3° que des règlements intérieurs seront rédigés le plus tôt possible et portés à la connaissance des adhérents, déterminant, d'une façon générale, le mode d'intervention de la société dans tels et tels cas, exercice illégal, recouvrements litigieux, actions judiciaires ou administratives, etc... : 4° qu'un registre spécial sera tenu par le secrétaire relatant les divers actes de protection accomplis par le *Sou médical*, et qu'il en sera fait un relevé pour les Assemblées générales.

M. le Dr Gassot donne lecture du projet de statuts. Après discussion et amendements, le texte suivant est adopté :

Statuts du Sou Médical.

Art. 1er. — Sur l'initiative et sous le patronage de la Société civile du Concours Médical, il est fondé une Ligue de protection et de défense professionnelle entre les médecins qui adhéreront aux présents statuts.

Pourront aussi faire partie de la Ligue les étu-

diants en médecine ayant déjà pris inscription, les internes et les externes des hôpitaux.

Art. 2. — Le but de la Ligue est de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés, dans l'exercice de leur profession, et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber.

La Ligue procurera à ses adhérents son influence, ses conseils, son appui moral et pécuniaire, dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le corps médical tout entier, telles que les questions de jurisprudence médicale, de défense contre l'exercice illégal, les empiètements des collectivités, etc...

Art. 3. — La forme légale de la Ligue est la forme syndicale. — Sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

Art. 4. — Son siège est à Paris, actuellement, 23 rue de Dunkerque.

Art. 5. — Tout médecin, ou tout étudiant se trouvant dans les conditions spécifiées dans le 2me § de l'art. 1re qui voudra faire partie de la Ligue, devra envoyer un acte d'adhésion, signé de lui, et verser entre les mains du Trésorier ou de son représentant la cotisation annuelle.

Le Conseil d'Administration vérifiera, à chaque séance, si les personnes qui ont envoyé leurs adhésions depuis la séance précédente, remplissent les conditions nécessaires pour faire partie de la Ligue, et statuera sur les demandes d'admission.

Art. 6. — Le défaut de versement de la cotisation, après un rappel par lettre recommandée, implique la démission du sociétaire et sa renonciation aux avantages assurés par la Ligue.

Les sociétaires qui auront cessé de faire partie de la Ligue pour la raison prévue au précédent paragraphe, ne pourront être réadmis qu'après versement des cotisations arriérées et des frais de rappel ci-dessus prévus.

Art. 7. — Les sociétaires démissionnaires n'ont aucun droit aux sommes versées par eux à quelque titre que ce soit.

Ces sommes demeurent acquises à la Ligue.

Art. 8. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, des dons et de toutes sommes généralement quelconques qui peuvent parvenir à la Ligue de quelque source que ce soit.

Art. 9. — La cotisation exigible des membres de la Ligue est calculée sur la contribution journalière de cinq centimes. Elle est de 18 francs par an.

Art. 10. — L'administration du fonds social est confiée au conseil d'administration qui décide de son emploi, d'après les règles tracées par l'Assemblée Générale

Art. 11. — La Ligue ne capitalise pas : elle dépense ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres.

Art. 12. — Les fonds de la Ligue sont déposés en compte courant dans une caisse publique et n'en peuvent être retirés qu'au fur et à mesure des besoins, sur décision du Conseil d'Administration.

Art. 13. — La Ligue est administrée par un Conseil d'Administration composé de sept membres : un Président, un vice-président, deux syndics, un secrétaire-Général, un Trésorier, un secrétaire des séances.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Lorsque les membres présents au conseil formeront un nombre pair, la voix du président ou à son défaut, du Vice-Président sera prépondérante, en cas de partage.

Aucune décision ne peut être prise sans que quatre membres au moins du Conseil d'Administration soient présents.

En cas d'absence du président ou du vice-président, les membres présents du Conseil nomment un président pour la séance.

Art. 14. — Le Conseil d'Administration statue sur les demandes des adhérents, qui voudront obtenir le concours de la Ligue.

Il délègue, en cas de besoin, un ou plusieurs de ses membres pour faire les démarches qui seraient jugées nécessaires.

Il décide s'il y a lieu d'accorder à l'adhérent l'appui pécuniaire de la Ligue et dans quelle proportion cette aide lui sera fournie.

Art. 15. — La signature sociale appartient au Président du Conseil d'Administration ou, à son défaut, au Vice-Président, qui ne pourront en faire usage que pour les besoins de la société et conformément aux décisions du Conseil d'Administration.

Art. 16. — Les membres de ce Conseil sont élus par l'Assemblée Générale au scrutin secret et à la majorité absolue des votants pour une durée de cinq années. — Ils sont rééligibles.

Art. 17. — Deux membres élus, chaque année, en Assemblée Générale, sont chargés de contrôler les opérations de la Ligue. Ils adressent à l'Assemblée Générale suivante leur rapport sur la gestion du Conseil d'Administration. Ils peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, ainsi que les registres de la comptabilité.

Art. 18. — La Ligue est représentée dans chaque Département par des correspondants spéciaux désignés par le Conseil d'Administration au fur et à mesure des besoins. Les correspondants ont pour mission de recevoir les adhésions à la Ligue, de recueillir les cotisations, d'adresser au Conseil d'Administration tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires, d'assurer en un mot par leur action locale le bon fonctionnement de la Ligue.

Art. 19. — Chaque année, les membres de la Ligue sont, par les soins du Conseil d'Administration convoqués en Assemblée Générale pour approuver les opérations de la Société et la gestion du Conseil d'Administration, pour délibérer enfin sur les questions qui leur seront soumises par le Conseil.

Art. 20. — L'Assemblée Générale statue souverainement sur toutes les questions. Elle délibère valablement quelque soit le nombre des membres qui la composent. Nul n'a le droit de se faire représenter à l'Assemblée Générale. Les votes par correspondance ne sont pas admis.

Art. 21. — Le compte rendu des séances de l'Assemblée Générale est dressé par les soins du Conseil d'Administration et publié au journal le *Concours médical*... Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de la Ligue.

Art. 22. — Toute motion, qui devra être tranchée par un vote en Assemblée Générale, doit avoir été préalablement soumise au Conseil d'Administration pour permettre à celui-ci de l'étudier.

Art. 23. — Des règlements intérieurs, délibérés en Assemblée Générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions de la mise en pratique des présents statuts.

Art. 24. — La dissolution de la Ligue ne peut être prononcée que par une Assemblée Générele spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des membres présents. L'Assemblée qui prononcera la dissolution déterminer a l'emploi qui devra être fait des fonds dont elle pourrait disposer.

Association amicale des Médecins français.

Séance du 18 mars 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat.
Excusé : M. le Dr Archambaud.

Après explications fournies par le secrétaire général et par le trésorier, l'annulation de l'admission de M. le Dr Dubois, de Marcilly-le-Hayer, est confirmée.

Celle de M. le Dr Michel, de Noisiel-sur-Marne, est prononcée.

Le Conseil alloue les indemnités suivantes:

Aux sociétaires	Fr.
N° 8 pour 15 jours	150 »
» 74 pour 19 jours	190 »
» 78 pour 27 jours	270 »
» 79 pour 32 jours et un mois 26 jours (tarif réduit)	506 55
» 82 pour 3 mois (tarif réduit)	300 »
» 87 pour 8 jours	80 »
» 97 pour 53 jours	530 »
» 102 pour 7 jours	70 »
» 119 pour 3 mois (tarif réduit)	300 »
» 140 pour 3 jours (demi-tarif)	15 »
» 150 pour 3 mois (tarif réduit)	300 »
» 159 pour 35 jours	350 »
» 165 pour 20 jours	200 »
» 201 pour 2 jours	20 »
» 272 pour 2 jours	20 »
» 273 pour 17 jours	170 »
» 328 pour 44 jours	146 60
» 349 pour 16 jours	160 »
» 354 pour 11 jours	110 »
» 370 pour 8 jours	80 »
» 401 pour 58 jours	580 »
» 413 pour 5 jours et deux mois 25 jours (tarif réduit)	333 05
» 450 pour 11 jours	110 »
	4.991 20

Le Conseil enregistre avec regret les décès de : MM. Feillet, de Plougastel ; Fleurot, du Val-d'Ajol ; Didier, de Lille ; Vaugrente, de Versailles.

M. le Dr Jardin, d'Auray, bien qu'ayant été malade, ne réclame pas son droit à l'indemnité et propose une petite modification aux certificats de quinzaine : cette idée est adoptée.

Le Conseil prononce ensuite les admissions ci-dessous :

Combinaison A.

MM. les docteurs Vauriot, de Nîmes (Gard) ; Ripault, de Dijon (Côte-d'Or) ; Corby, de Paris ; Branzeau, de Doazit (Landes) ; Juif, de Melisey (Haute-Saône) ; Hamant, de Corimont (Vosges) ; Martin, de Sassenage (Isère).

Combinaison B.

MM. les docteurs Charpentier, de Neuvy-sur-Loire (Nièvre) ; Someil, de Paris ; Hervé, de la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher) ; Bompar, de Bordeaux ; Levassort, de Paris ; Debains, de Saint-Vaast-la-Hougue (Manche) ; Boubée, de Lannepax (Gers) ; Bertrand, d'Auxonne (Côte-d'Or).

Le passage à la combinaison B de MM. Seney, Paraire et Doret est accepté.

M. le Dr Gassot, trésorier, donne ensuite la situation de la caisse au 31 mars 1898 :

Portefeuille.

300 fr. de rente 3 % à 103 fr. 40	10.340 »
350 fr. de rente 3,5 % à 107 fr. 05	10.705 »
10 obligations Est 3 % nouvelles à 478 fr. 50	4.785
30 obligations Midi 3 % anciennes à 480	14.400 »
20 obligations Est 3 % anciennes à 481 fr. 50	9.630 »
10 obligations Grand-Central 3 % à 480 fr.	4.800 »
15 obligations Banque Hypothécaire remboursables à 100 fr. (Crédit Foncier)	9.855 »
Total	64.515 »

Espèces.

A la Société Générale	13.595 41
En caisse	5.990 61
Total	80.101 02

On sait que les titres qui composent le portefeuille de l'Association Amicale sont déposés à la Société Générale.

La somme relativement considérable au 31 mars provenait d'un retrait d'espèces pour le paiement des indemnités dues pour le premier trimestre 1898.

LA SEMAINE MÉDICALE

Suture musculaire par des fils métalliques.

M. le Dr Lucas-Championnière a communiqué à l'Académie de Médecine la relation d'une très intéressante intervention, pratiquée par lui, et démontrant que la substance musculaire tolère, sans accidents, la présence et la permanence de fils métalliques suffisamment gros et entre-croisés. On peut même se servir de ces fils dans l'épaisseur du muscle, pour fournir un point d'appui à des fils perpendiculaires aux premiers.

Les fils métalliques auxquels on donne un point d'appui *sur les os* et un point d'appui intra-musculaire peuvent constituer sans transition une réparation du muscle dont la tonicité et la nutrition se sont ainsi rétablies *immédiatement et complètement*. Au-dessous de ces fils, tous les groupes musculaires peuvent se réparer complètement et les fils métalliques enfouis dans les tissus s'associent à la réparation et assurent les fonctions du membre.

Le fait est le suivant : un homme s'est rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Tendon et muscle sont si rétractés qu'il est impossible de songer à rapprocher les parties pour les réunir directement. Une première opération de suture directe sur le muscle n'a donné qu'un résultat incomplet. M. Championnière place dans le triceps, au-dessus de la rupture, un gros fil d'argent double faufilé dans le muscle au-dessus du tendon et *perpendiculairement* aux fibres musculaires. Cela constitue une sorte de barrière fixe intra-musculaire. Deux gros fils d'argent parallèles sont passés dans la rotule et vont tourner, dans le muscle, autour de cette barrière. Puis ces deux fils sont bien serrés et tendus d'un point fixe osseux, la rotule, au point fixe musculaire (la barrière d'argent). Dans l'intervalle des fils métalliques, tous les débris tendineux et musculaires sont réunis entre eux par des catguts placés avec soin. Ces parties ne subissent point de traction. L'opéré est placé dans une gouttière, sans appareil d'immobilisation. Le quatrième jour, au premier pansement, le membre est mobilisé. Ce sujet a quitté l'hôpital au bout d'un mois.

Il est revu et soumis à la radiographie au bout de sept mois passés. La réparation musculaire est parfaite. Il marche sans boiterie sur un membre parfaitement puissant, et tous les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse s'accomplissent aussi complètement que l'on puisse le souhaiter. La radiographie nous apprend que la réparation musculaire a été bien complète et que la fonction de résistance qui, au début, a appartenu aux fils d'argent ne leur appartient

plus. Les fils ont bien séjourné dans les tissus sans inconvénient aucun. Mais ces fils présentent l'un deux et l'autre trois ruptures.

Ces ruptures sont probablement de date assez récente. Elles ne résultent pas de l'effet des tractions ; sans cela une seule rupture se serait produite. Elles résultent probablement du séjour prolongé du fil d'argent dans les tissus et de leur altération par les liquides de l'économie.

Cette observation montre que les fils ont persisté pendant une période parfaitement suffisante pour assurer la réparation des muscles. Mais si on voulait assurer la permanence des fils, il ne suffirait pas d'employer, comme M. Championnière l'a toujours fait, des fils d'argent très gros, il faudrait employer des fils de résistance plus grande comme les fils de platine. Dans le cas actuel, du reste, le fil de platine avait été préparé et aurait dû être passé.

On peut ainsi se rendre compte de la tolérance des tissus pour un fil métallique subissant dans un muscle des tractions constantes et très énergiques. Il n'est que la suite de nombreuses opérations, de réparations tendineuses et musculaires, que M. Championnière a accompli avec de gros fils d'argent.

Tamponnement gélatiné dans les métrorrhagies.

M. *Dalché* a signalé, à la Société médicale des Hôpitaux, un grave inconvénient de l'emploi du sérum gélatiné de M. Carnot, comme hémostatique.

Quand l'hémorragie en effet se produit au fond de l'utérus, l'application de l'agent hémostatique, au milieu du col, peut déterminer la formation d'un caillot dur, qui distend le col et détermine des douleurs très vives.

Les injections de sérum artificiel.

Une intéressante discussion a eu lieu à la Société médico-chirurgicale de Paris sur le choix des liquides à injecter comme sérum artificiel. Nous en empruntons le compte-rendu à la *France médicale* :

D'après MM. *Verchère* et *Triollet*, de tous les sels qu'on emploie en solution pour les injections sous-cutanées, c'est incontestablement le chlorure de sodium qui conserve le mieux la constitution intime des éléments sanguins, quand on l'utilise à la concentration de 7 p. 1000. Avec cette solution, la perte d'élasticité des globules est tellement passagère et la déformation si peu marquée que ce sel permet, dès que le mélange intime à la sérine s'est effectué complètement (après quelques minutes) le retour parfait des hématies à leur état normal. Cela démontre son innocuité.

C'est aussi le chlorure de sodium qui ménage le plus les hématoblastes, ces embryons de globules en voie de développement.

Enfin, c'est encore le chlorure de sodium qui altère le moins les globules blancs. En raison de ces faits, on est donc en droit de conclure.

1° la solution saline à employer devra être à la concentration de 7 p. 1000 pour éviter une rupture d'équilibre entre la pression osmotique du plasma et celle des globules ;

2° cette solution devra être une solution de chlorure de sodium, parce que ce sel altère au minimum les globules sanguins, les hématoblastes et les globules blancs.

L'addition de tout autre sel, en augmentant les chances d'altération des globules, est plutôt nuisible qu'utile et M. le Professeur Hayem lui-même, recommande la suppression du sulfate de soude (à moins qu'on ne vise spécialement une action constipante) dans la formule primitive du sérum qu'il a donnée. « En sorte que le chlorure de sodium au titre de 7 p. 1000 est le liquide de choix pour l'introduction dans les vaisseaux d'un liquide destiné à suppléer soit à la déperdition exagérée du sang avec tous ses éléments, soit à la déperdition du plasma seul » (Mayer).

M. *Dubrisay*. – En obstétrique, nous employons couramment les injections de solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000. M. Maygrier a rapporté, en 1896, le cas d'une femme épuisée par des hémorrhagies successives et qui ne dut son salut qu'à des injections intra-veineuses, qui firent entrer en une journée 6 litres de sérum artificiel dans l'organisme (chlorure de sodium 7 p. 1000).

M. *Desnos*. — Sans vouloir atténuer la valeur des injections copieuses de liquides faiblement minéralisés, comme celles dont vient de parler M. Triollet, je crois qu'on peut obtenir des effets semblables et même supérieurs, par l'emploi du liquide phosphato-chloruré de M. Chéron ; les indications de l'une et de l'autre de ces méthodes sont sensiblement différentes ; mais au point de vue de l'effet tonique, je crois que l'injection d'un liquide fortement minéralisé, à petite dose, doit être préféré.

M. *Moutier*. — Nous ne devons pas admettre que la tension sanguine puisse à elle seule donner la clef des beaux résultats enregistrés. N'oublions pas que l'excitation des terminaisons nerveuses vasculaires entre aussi en jeu. Pour ma part, j'ai obtenu par l'emploi des courants alternatifs de haute fréquence chez des personnes jeunes, réagissant bien, des effets absolument comparables à ceux des injections de sérum. Je crois donc fermement à l'influence dynamogénique du sérum sur les centres nerveux.

M. *Verchère*. — La question est très vaste, trop vaste pour être épuisée ainsi, en une seule séance. Pour ce qui concerne la nature du liquide choisi, M. Chéron affirme qu'on obtient toujours un résultat avec des liquides de composition différente, pourvu qu'on le fasse pénétrer soit par injections intra-veineuses, soit par injections sous-cutanées : car de toute façon on augmente la tension artérielle et l'on donne par là même, comme un coup de fouet à l'organisme. Dès lors, j'estime que, pour obtenir cette tension bienfaisante, deux litres de sérum artificiel valent mieux que 60 grammes de sérum Chéron.

En outre, n'a-t-on pas rapporté souvent qu'une dose de 20 grammes de sérum Chéron pouvait déterminer, chez des personnes nerveuses, de l'excitation, une sorte d'ivresse ? Cette complication toujours très fâcheuse doit nous rendre très réservés, très prudents.

Indications de la cautérisation ignée dans les affections cutanées.

Voici, d'après le Dr *Brocq*, quelles sont les principales indications de la cautérisation ignée dans les affections cutanées :

Lupus vulgaire. — Si la surface malade est recouverte de croûtes ou de squames, on les enlève avec des pulvérisations ou avec des cataplasmes : presque toujours, il suffit de l'enduire de vaseline en frictionnant doucement, puis d'essuyer ; on distingue alors avec netteté les tubercules, sous forme de nodules d'un jaune sucre d'orge, un peu transparent.

La pointe du cautère sera portée au rouge sombre seulement. La première indication, celle qui est de beaucoup la plus importante, est qu'il faut enrayer la marche extensive du mal. On doit donc cercler, tout d'abord, la néoplasie d'une série de cautérisations ponctuées, juxtaposées linéairement, empiétant de 2 ou 3 millimètres sur les tissus en apparence sains ; puis on couvre de pointes de feu la surface circonscrite par cette bordure.

La pointe du galvanocautère doit pénétrer perpendiculairement à la peau, assez profondément pour dépasser un peu la limite du mal ; la consistance des tissus donne à ce point de vue des indications assez précises. Le tubercule du lupus est mou et très friable ; le cautère s'y enfonce sans aucun effort, comme dans du beurre ; le tissu normal est beaucoup plus ferme et, dès que la pointe l'atteint, la main perçoit assez nettement une résistance qui l'arrête. Si l'on ne pénétrait pas à une profondeur suffisante, il se ferait une guérison cicatricielle et, au-dessous de la cicatrice, les fragments de tubercules épargnés repulluleraient.

Les ponctions ignées doivent être éloignées d'environ 2 à 3 millim.

Au voisinage des orifices, près de la bouche, près des paupières, on devra être très prudent au point de vue des cicatrices vicieuses qui se produisent facilement en ces régions.

Quand l'opération a été bien faite, il ne se produit aucune hémorrhagie.

Si l'opération est suivie d'une réaction vive avec congestion intense, tuméfaction des téguments, etc., on ordonnera des pulvérisations d'eau boriquée pure ou additionnée de quelques gouttes de liqueur de Van Swieten, puis des pansements avec des cataplasmes froids de fécule de pomme de terre, ou bien des compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée, ou encore de la vaseline boriquée en couche épaisse.

Si, au contraire, le lupus est tolérant, on utilisera des topiques modificateurs ; on fera chaque jour une lotion au sublimé à 1 pour 2.000 ou à 1 pour 1.000, après laquelle on recouvrira le lupus d'un emplâtre plus ou moins énergique, emplâtre rouge de Vidal, emplâtre de Vigo, emplâtres salicylés, résorcinés, créosotés. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, on applique des emplâtres à l'oxyde de zinc salicylé ou des emplâtres à l'acide borique et l'on passe rapidement à l'emplâtre rouge de Vidal ; vers le septième ou le huitième jour, on prend l'emplâtre de Vigo : enfin, quand la cicatrisation est presque complète, on a recours aux emplâtres salicylés, résorcinés, créosotés.

Si, après la chute des petites eschares, la réparation des tissus se fait difficilement, s'il persiste de petites ulcérations atoniques, on emploie des poudres cicatrisantes, telles que l'iodoforme, et à son défaut, l'iodol, l'aristol ou l'europhène.

Si la plaie a mauvais aspect, on la touche avec une solution faible de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent.

Dès que la cicatrisation est complète, c'est-à-dire en moyenne, au bout de quinze à vingt jours, on procède à une nouvelle cautérisation. Le nombre total des séances nécessaires pour arriver à la guérison complète, est variable suivant les cas.

Il est utile de terminer, par une série de scarifications, un traitement commencé par la méthode des cautérisations ignées. Par ce moyen on obtient une cicatrice plus lisse et plus régulière.

La cautérisation ignée n'est pas indiquée dans les formes superficielles et aberrantes du lupus érythémateux (érythème centrifuge symétrique). Il semble même qu'elle donne une nouvelle impulsion à la maladie.

Epithéliomes. — La cautérisation ignée a été préconisée par M. Besnier dans le traitement des épithéliomes superficiels de la face, et en particulier dans les épithéliomes dits perlés, dans ceux qui se développent sournoisement sous les plaques grisâtres, dites de séborrhée concrète, que l'on observe si souvent chez les vieillards.

Il faut commencer par volatiliser toute la périphérie par une série de cautérisations ponctuées tangentes. On doit largement dépasser la zone malade et pénétrer également en profondeur jusqu'aux tissus résistants.

Après avoir ainsi circonscrit la néoplasie, on volatilise tout le centre.

Quand c'est possible, on laisse ensuite se faire la cicatrisation sous la croûte consécutive à la brûlure. Mais s'il se produit des phénomènes d'inflammation, on panse d'abord, soit avec de la vaseline résorcinée au 1/100e, ou au 1/100e, soit avec l'emplâtre à l'oxyde de zinc, en faisant des lavages à l'eau boriquée ; puis, dès que l'inflammation est calmée, on fait les lavages avec une solution de résorcine au 1/110e, avec une solution concentrée de chlorate de potasse, et on panse avec une pommade à l'iodol et à l'aristol, etc.

Molluscum pendulum, papillomes, verrues. — La cautérisation ignée rend de grands services dans le traitement des petites tumeurs bénignes de la peau. Si la tumeur est volumineuse et pédiculée on la saisit avec une pince et on sectionne le pédicule avec le cautère, puis on détruit largement le point d'implantation de la tumeur.

Nœvi. — La cautérisation ignée doit céder le pas à l'électrolyse dans le traitement des nœvi.

Acné. — Pour le traitement de l'acné phlegmoneuse et indurée, il y avantage à recourir d'emblée à la cautérisation. On ouvre avec la pointe rougie toutes les collections purulentes dermiques et sous-cutanées, et tous les noyaux d'induration, qui, tôt ou tard, aboutiraient à la suppuration.

Sycosis. Follicultes. — La conduite à tenir est la même que pour l'acné.

Traitement de la sinusite aiguë de la face.

D'après le Dr *Lermoyez*, la sinusite aiguë qui succède, dans la grande majorité des cas à un coryza, se manifeste presque toujours par une suppuration nasale unilatérale et une névralgie

faciale dont le siège peut être variable. M. Lermoyez pose en principe que tout individu qui souffre de la tête, en même temps que son nez suppure, a une sinusite aiguë, si ces phénomènes ont eu un début simultané et subit. Aussi dans tous ces cas conseille-t-il d'employer le menthol, qui est vaso-constricteur local, analgésique et antiseptique, saus être toxique, sous la forme suivante, qui dispense de tout badigeonnage ou de toute instillation.

Dans un bol d'eau très chaude, mais non bouillante, on jette en l'y mêlant bien, une cuillerée à café de la solution suivante :

Alcool à 90°...........	100 grammes.
Menthol cristallisé....	4 —

On coiffe le bol d'un inhalateur quelconque, dont le plus commode est le « Bocalrhine de Moura », et on inspire par le nez la vapeur qui s'en échappe. A défaut de cet appareil, on peut se contenter de recouvrir le bol d'un entonnoir renversé, dont on introduit la petite extrémité dans la narine du côté malade.

Comment doit être prescrite cette inhalation ? Théoriquement, il serait nécessaire que cette inhalation fût continue, comme l'est un pansement. En pratique, on recommande au malade de la renouveler toutes les heures, pendant cinq ou dix minutes.

Cette inhalation est bien supportée ; le malade la recherche même, sentant combien vite elle le soulage. Elle provoque un flux nasal abondant, qu'il faut moucher doucement, et en maintenant une seule narine fermée (moucher à la paysanne), pour éviter d'emboliser l'oreille.

En résumé, *inhalations subcontinues de vapeur d'eau mentholée* ; tel est, naïf dans son apparente simplicité, le traitement abortif et curatif le plus puissant des sinutes aiguës.

On appuiera ce traitement en prescrivant l'application permanente de *compresses humides chaudes*, sur le front en cas de sinusite frontale, sur les joues s'il y a sinusite maxillaire. Ces enveloppements, dont on sait l'action résolutive, doivent être continus ; mais ils pourront être suspendus dès que les douleurs auront cessé.

Sous cette influence, la douleur disparaît progressivement, l'écoulement cesse d'être fétide et diminue peu à peu. Si, après avoir soigneusement appliqué ce traitement pendant dix jours au moins, on n'en retire aucun résultat, alors on sera autorisé à intervenir chirurgicalement. Mais on peut dire qu'il réussit à peu près constamment et que si le diagnostic de la sinusite aiguë était fait habituellement, on éviterait presque toujours la production de ces sinusites purulentes chroniques qui nécessitent un traitement chirurgical souvent des plus difficiles.

Traitement de la tuberculose par la résine d'euphorbe.

M. le Dr *Pénières*, de Toulouse, a communiqué, il y a quelques mois, les résultats qu'il a obtenus en traitant les foyers de tuberculose par des injections locales de fractions de milligramme de résine d'euphorbe.

A l'aide de ce traitement, il a guéri la tuberculose des ganglions du cou, si fréquentes chez les enfants. Il évite aussi, par des piqûres qui ne laissent pas de traces, des cicatrices irrémédiables et attaque la tuberculose jusque dans les os et les articulations.

M. Pénières rapporte l'observation d'un homme encore jeune, qui avait une fonte purulente des os et des parties molles aux deux poignets. Ce malade était voué à l'amputation ; ou, tout au moins, à une mutilation par la résection. Il est aujourd'hui guéri.

M. Pénières a apporté des preuves matérielles des ses allégations, car il a radiographié les régions malades avant, pendant et après le traitement, c'est-à-dire au moment de la guérison. Les os du poignet sont parsemés de points noirs nombreux, comme ceux du bois vermoulu ; puis les trous se comblent, et enfin les os reprennent leur état normal. A ce moment les fistules sont guéries et le malade, qui ne pouvait ni se moucher, ni tenir une fourchette, a pu reprendre sa profession pénible de sculpteur sur bois.

L'action de la résine d'euphorbe ne doit pas être brusquée par des injections trop souvent répétées.

Une injection tous les huit jours, quelquefois tous les quinze jours, suffit d'ordinaire.

Suivant M. Pénières encore, la meilleur préparation est une fine émulsion exempte d'alcool et dosée de telle sorte qu'un centimètre cube de liqueur contienne un quart de milligramme d'euphorbe.

De nouveau cas de guérison sont parvenus à notre connaissance depuis cette communication ; aussi, nous sommes-nous décidés à en dire quelques mots pour recommander cette méthode.

Les Hématémèses.

L'hématémèse est un vomissement de sang provenant de l'œsophage ou de l'estomac.

Ce vomissement se produit dans l'ulcère rond de l'estomac et dans le cancer, dans les plaies et les contusions violentes de l'estomac, dans la cirrhose hépatique, dans le cas de rupture de varices œsophagiennes, dans les maladies infectieuses hémorrhagiques : variole, fièvre jaune, purpura, ictère grave, endocardite ulcéreuse, dans le cas d'hémorrhagie supplémentaire des règles, enfin, dans quelques cas extraordinaires d'hystérie.

D'après le *Monde médical*, voici le meilleur traitement d'urgence à instituer :

D'abord, mettre le malade au repos complet, faire régner le silence autour de lui, l'empêcher de parler, de s'agiter. En cas de syncope, le placer dans le décubitus horizontal, la tête basse, flageller la figure, l'asperger d'eau froide. Les tractions rythmées de la langue, si la syncope s'aggrave, peuvent être d'une extrême utilité. Pratiquer en même temps des injections d'éther et de caféine, mais surtout d'éther. Faire respirer des sels anglais, quelques gouttes d'ammoniaque, de vinaigre, d'éther.

Une fois le malade revenu à lui, il faut songer à arrêter l'hémorrhagie. On donnera à l'intérieur de petits morceaux de glace, on appliquera une vessie de glace sur la région épigastrique, on appliquera des ventouses sur l'abdomen et la poitrine. Le champagne frappé est d'une bonne administration dans ce cas, car il calme l'état nauséeux et les vomissements.

Quelques auteurs conseillent une injection de

morphine eontre les vomissements, d'autres préfèrent l'extrait thébaïque à l'intérieur.

A. Robin prescrit la potion suivante :

Ergotine Bonjean.............	4 gr.
Acide gallique...............	0 gr. 50
Extrait thébaïque............	0 gr. 10
Sirop de térébenthine........	30 gr.
Eau de tilleul...............	120 gr.

Une euillerée à soupe toutes les heures ou toutes les 2 heures.

L'heure intercalaire, le malade prendra une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Eau de Rabel.................	3 gr.
Eau..........................	1 litro.

En cas de vomissements excessifs qu'il importe d'arrêter, on peut preserire :

Picrotoxine............	ââ 0 gr. 05 e.
Chlorhyd. de morphine..	
Sulfate neutre d'atropine.	0,001 milligr.
Ergotine Bonjean.........	1 gr.
Eau distillée............	10 gr.
Alcool	q. s. pour dissoudre.

Huit à dix gouttes de ee mélange dans un peu d'eau.

Dans les hémorragies très graves, on a eonseillé la ligature serrée des 4 membres. Bouveret conseille l'emploi de lavements répétés d'eau tiède additionnés d'un peu d'aleool au eas où le pouls serait misérable et le danger imminent.

Ziemssen a reeommandé dans les mêmes eirconstances l'injection hypodermique d'eau salée, Bouveret les injeetions intra-veineuses d'eau salée. La transfusion de sang est tout à fait indiquée ; malheureusement c'est une opération difficile, eompliquée, et à laquelle on n'est pas préparé.

Tous les médieaments hémostatiques ont été employés dans l'hématémèse. Le perehlorure de fer est le plus employé :

Perchlorure de fer............	4 gr.
Eau de Rabel.................	2 à 5 gr.
Sirop d'opium................	30 gr.
Eau..........................	120 gr.

A prendre par cuillerée. On peut aussi prescrire le perchlorure par gouttes dans un peu d'eau. Tous ees médicaments sont ineffieaees si l'artère rompue est volumineuse.

Les injeetions sous-cutanées d'ergotine sont également employées, mais leur utilité est moins démontrée que dans les pertes utérines.

Le malade peut quelquefois être emporté par la soudaineté de l'hémorragie, malgré tous les traitements d'urgence. C'est le eas de dire iei qu'il vaut mieux prévenir que guérir. On s'attachera done à reeonnaître par un diagnostic exact le siège et la eause de l'hématémèse.

En eas d'ulcère, le régime laeté absolu s'impose pendant des semaines et des mois, jusqu'à la disparition complète de tous les troubles fonctionnels. Il convient d'y joindre l'aetion des alcalins, s'il y a des raisons de eroire que l'hyperacidité gastrique joue un eertain rôle. Quelquefois le régime est impuissant à ealmer les hémorragies. Dans ees cas, il faut mettre l'estomac au repos eomplet et on doit interrompre toute alimentation par la bouehe. Bouveret conseille fortement cette méthode pendant huit jours au moins, à partir du moment de l'hématémèse, parce que la présence des aliments provoque des contraetions de l'estomae et entrave l'hémostase. Il prescrit des injeetions de morphine pour immobiliser le viseère gastrique, et remplace l'alimentation par des lavements nutritifs .

Singer, de Vienne, qui a étudié à fond l'alimentation rectale, institue le traitement suivant de l'hématémèse :

Repos absolu et prolongé au lit, e'est une des eonditions indispensables du sueeès.

Applieation d'une vessie de glaee ou de eataplasmes chauds sur l'épigastre pour calmer la douleur.

Alimentation rectale exclusive pendant 4 à 8 jours.

Voici la formule de lavement reeommandé par Singer.

Lait..................	ââ 125 gr.
Vin rouge.............	
Peptone sèehe.........	une euillerée à café
Jaune d'œuf...........	n° 2.

pour un lavement. Ajouter une pincée de sel et un morceau de suere de raisin. Administrer 2 ou 3 lavements par jour, à 4 heures d'intervalle. Ajouter quelques gouttes de laudanum pour faciliter la toléranee. Administrer de l'eau pure par la bouehe, pour ealmer la soif, en même temps que quelques pilules d'extrait thébaïque.

S'il y a des phénomènes nets d'hypéraeidité gastrique, on peut prescrire les paquets suivants avee le régime laeté :

Magnésie..................	1 gr. 50
S. nit. de bismuth.........	ââ 1 gr.
Bicarb. de soude..........	
Poudre d'opium brut........	0 gr. 05
Laetose....................	0 gr. 50

pour un paquet ; deux paquets par jour.

Peu de ehose à dire du caneer et de la eirrhose. La thérapeutique ne peut presque rien contre le eaneer ; elle n'a guère d'aetion sur la cirrhose arrivée à ce degré d'évolution. Quant aux hémorrhagies supplémentaires des règles, il faut tâeher de régulariser la menstruation par les emménagogues et surtout par l'hydrothérapie.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Corps étrangers de l'oreille.

L'oreille est certainement un des organes où les eorps étrangers se loealisent le plus volontiers et eette prédisposition spéeiale tient à deux caraetères anatomiques, partieuliers au eonduit auditif externe : sa superfieialité d'une part, ses eoudures d'autre part.

On peut rencontrer dans les diverses cavités du rocher, les objets les plus variés et les plus invraisemblables : perles, graines végétales, boulettes d'ouate, substanees vulgaires, fragments de eure-oreilles, projeetiles d'armes à feu, grains de plomb, pareelles métalliques. Ils y sont introduits habituellement par mégarde ; aussi sont-ils plus partieulièrement eommuns ehez les enfants. Parfois enfin, il s'agit d'êtres animés eomme certains petits inseetes mêlés plus ou moins avee le eérumen, au milieu duquel ils s'embarrassent.

Il y a lieu d'étudier, en pathologie et en thérapeutique, deux caraetères prineipaux des eorps étrangers, leur structure et leur siège.

Au point de vue de la structure, ils sont durs, résistants, ou friables et mous, réguliers comme forme ou irréguliers, animés ou inanimés, inaltérables ou au contraire hygroscopiques et putrescibles. On conçoit l'importance pratique de ces différents caractères, qui vont diriger l'évolution pathologique des symptômes et doivent servir de guide également à l'intervention thérapeutique. Toutes choses égales d'ailleurs, un objet mousse, petit et inaltérable, sera bien toléré, alors que, au contraire, un autre, hygroscopique (graine végétale), acéré, irrégulier ou trop volumineux, provoquera des accidents consécutifs.

Au point de vue du siège, il faut établir cliniquement en quel point de l'oreille — conduit auditif externe, membrane du tympan, oreille moyenne, labyrinthe — les corps étrangers se sont définitivement fixés. Ceux du conduit auditif externe sont de beaucoup les plus nombreux et les plus bénins : ils siègent généralement dans la partie profonde de l'oreille externe, et plus particulièrement dans le cul-de-sac formé par sa paroi inférieure, près du tympan, en raison même de la situation déclive de cet endroit.

Pour la membrane tympanique, ce sont en général de petites parcelles résistantes, métalliques ou minérales, grains de poudre, limailles de fer, comme nous avons constaté le fait, chez certains ouvriers travaillant les métaux.

Pour ce qui concerne l'oreille moyenne, les corps étrangers se localisent habituellement dans la caisse du tympan, très exceptionnellement dans la trompe d'Eustache. Ils peuvent s'introduire dans la caisse primitivement, en faisant effraction au travers du tympan intact, ou préalablement perforé. Il arrive aussi, malheureusement trop souvent encore, qu'ils soient secondaires, c'est-à-dire qu'ils aient pénétré dans l'oreille moyenne au cours de manœuvres d'extraction maladroites et intempestives, de la part de personnes peu au courant de ce genre d'opérations.

Dans le labyrinthe, les corps étrangers sont assez rares et ne se montrent guère qu'au cours des grandes blessures de la région, par armes à feu. Leur diagnostic, comme leur traitement, rentre dans l'histoire des affections craniennes proprement dites, et cela nous entraînerait trop loin d'en parler ici.

Suivant sa nature, sa grosseur et son siège, le corps étranger provoque une symptomatologie absolument variable, parfois nulle, lorsqu'il est bien toléré : on le découvre alors, soit au cours d'un examen de l'oreille, fait pour une raison quelconque, soit parce que le malade l'ayant senti entrer, déclare ne l'avoir pas vu ressortir. Ces cas sont rares et appartiennent aux objets mousses, de petit volume, sans contact avec le tympan. En général, au contraire, on observe un certain degré de surdité, due à l'obstruction de l'organe, avec ou sans bourdonnements et vertiges.

Si le corps du délit siège près du méat, la réaction est faible ; s'il se trouve dans la caisse, s'il est piquant, s'il se gonfle, il entraîne de l'otite suppurée et le malade se plaint de vives douleurs, de fièvre, d'écoulement.

Le diagnostic, entre les commémoratifs, est basé sur l'examen complet des cavités du rocher. On explorera soigneusement le conduit et plus particulièrement le cul-de-sac de sa paroi inférieure, dont nous avons déjà parlé. On ne se laissera pas tromper par l'otite suppurée secondaire, qui masque parfois les lésions véritables.

Assez souvent, d'autre part, le malade se croit atteint d'un corps étranger, il déclare « le sentir » et en souffrir, alors que ce dernier est sorti spontanément de l'oreille. Il faut se souvenir de cette circonstance spéciale et ne pas intervenir malencontreusement contre une objet imaginaire. C'est d'ailleurs dans de semblables conditions, qu'armé d'une pince non guidée par la vue, on prend à l'aveuglette entre ses mors, des parties normales importantes, déterminant ainsi un traumatisme sérieux de cet organe.

Il ne faut pas confondre, non plus, l'aspect ordinaire du tympan et celui d'une boulette de coton profondément introduite. Au premier abord, c'est la même teinte grisâtre que l'on distinguera, en recherchant la présence d'une ligne oblique partant d'un point saillant (manche de marteau).

L'extraction des corps étrangers de l'oreille, souvent très simple, présente parfois au contraire les plus grandes difficultés et il est nécessaire d'agir prudemment. de façon à ne pas aggraver la situation par des manœuvres intempestives

La première tentative à essayer est l'injection forcée par le méat auditif, parfois par la trompe d'Eustache, qui a le double avantage de réussir souvent et de ne pas avoir d'inconvénient sérieux. A l'aide d'une seringue assez puissante, on dirige un jet d'eau tiède sur une des parois du conduit externe et on appuie avec force sur le piston de l'appareil. On ne doit pas craindre de renouveler plusieurs fois la tentative, si un premier essai demeure infructueux, en changeant au besoin la paroi directrice, ce qui nous a paru favorable dans bien des cas.

Lorsque l'injection forcée n'aura donné aucun résultat, on emploiera alors une pince fine, dont les branches coudées à angle droit ne gênent pas la vue. Il est nécessaire toutefois, à ce moment, de regarder à nouveau et de fixer rigoureusement la nature et le siège de l'objet à enlever.

Si la pince seule et l'injection forcée sont impuissantes, on s'aidera utilement d'un crochet, d'un stylet destinés à mobiliser d'abord le corps en question.

D'ailleurs, la liste des instruments qui ont pu donner un bon résultat, dans un cas donné, est longue, et le chirurgien, s'inspirant des circonstances, suggérera lui-même son outillage. Certains corps étrangers enfin, ceux de la caisse par exemple, peuvent être parfois très difficiles à extraire par les voies naturelles. On est autorisé dans ces conditions, à décoller le pavillon de façon à se rapprocher de l'oreille moyenne.

En aucun cas, il ne faut l'oublier, le praticien ne doit intervenir sans y voir clair. Lorsque l'injection forcée est insuffisante, on se gardera bien de prendre en main un instrument quelconque en se précipitant à l'aveugle sur l'oreille : le corps étranger, en effet, est généralement bien moins dangereux que les manœuvres intempestives faites pour son extraction.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Un grand nombre de médecins ont été stupéfaits d'apprendre, par les journaux politiques, que la Chambre avait adopté, la semaine dernière, la loi sur la pharmacie qui nous inspire tant de craintes.

Rassurons donc nos lecteurs, pour quelque temps du moins. Le projet redouté, qui ne comporte pas moins d'une trentaine d'articles est toujours à l'étude.

La Chambre et le Sénat ont seulement voté la proposition suivante:

« Article premier. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien, correspondant au diplôme de 1re classe existant lors de la promulgation de la présente loi.

Il n'est rien innové en ce qui touche le diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe créé par le décret du 12 juillet 1878.

Art. 2. — Les pharmaciens reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront plus exercer la pharmacie en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de pharmacien délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'Etat.

Tout étranger, quoique muni du diplôme de pharmacien français, ne pourra exercer la pharmacie en France que si, par réciprocité, un Français pourvu du diplôme de pharmacien délivré par le pays auquel appartient cet étranger peut exercer la pharmacie dans ce pays.

Art. 3. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien en France seront soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Un diplôme spécial pourra être délivré aux étudiants étrangers sans leur conférer le droit d'exercer la pharmacie sur aucune partie du territoire français.

Les étudiants aspirant à ce diplôme seront soumis aux mêmes règlements et examens que les étudiants français.

Toutefois, il pourra leur être accordé en vue de l'inscription réglementaire soit la dispense des grades français requis pour l'inscription, soit l'équivalent des grades obtenus par eux à l'étranger, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Dispositions transitoires. — Pendant un délai de deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, les étudiants pourront être admis à s'inscrire au stage en vue du titre de pharmacien de 2e classe, conformément aux règlements en vigueur.

Un réglement d'administration publique fixera l'époque à laquelle le diplôme de pharmacien de 2e classe cessera d'être délivré.

Les pharmaciens pourvus du diplôme de 2e classe pourront exercer sur tout le territoire de la République. »

Médecin d'hôpital, maire de sa commune.

Par ce temps de préparation plus ou moins loyale et courtoise à la lutte électorale, il est utile de dire à nos confrères ce que pense le Ministre de l'Intérieur au sujet du cas de cumul dont nous parlons, et comment il entend résoudre les conflits qui peuvent en résulter, à l'heure où on se cherche des querelles d'Allemands.

Nous remercions M. le Dr B. de nous avoir fixés sur ce point en nous communiquant copie de la lettre ci dessous :

A M. le Préfet...

Paris, le 27 décembre 1897.

Le Ministre de l'Intérieur à M. le Préfet de

Conformément au désir que vous m'avez exprimé à la date du 25 novembre dernier, j'ai l'honneur de vous faire connaître la jurisprudence de mon administration, en matière de cumul des fonctions de maire et de médecin d'un établissement hospitalier.

Si l'on admet — et il paraît difficile de s'y refuser — que l'élection du médecin d'un hospice en qualité de conseiller municipal et de maire est valable, il peut sembler contestable qu'on puisse opposer au maire, médecin de l'établissement, une incompatibilité tirée de la loi de vendémiaire au III.

Mais, il convient, pour concilier les intérêts en présence, de recommander aux maires qui se trouvent dans cette situation, de s'abstenir d'une façon absolue de présider la Commission administrative.

Ainsi, le Docteur B..., maire de D..., Président de la Commission administrative de l'hospice et chirurgien de cet établissement, ne saurait, comme il prétend en avoir le droit, présider cette assemblée. Il ne pourrait davantage se faire remplacer à la présidence par un adjoint spécialement délégué à cet effet, notamment lorsque la Commission est appelée à délibérer sur le service médical ou sur des questions qui s'y rattachent.

Aux termes de l'article 3 de la loi du 21 mars 1873, organique en la matière: « La Présidence appartient au maire ou à l'adjoint, ou au conseiller municipal remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire. Les Commissions nomment tous les ans un vice-président.

En cas d'absence du maire et du vice-président, la présidence appartient au plus ancien des membres présents et à défaut d'ancienneté, au plus âgé. »

Il résulte de ce texte que l'adjoint n'est appelé à la présidence que dans le cas où il est maire intérimaire, et où il remplit, dans leur plénitude, les fonctions municipales.

En dehors de cette hypothèse, et lorsque le maire en fonctions se trouve empêché pour un motif quelconque de présider la Commission, cette présidence revient de droit au vice-président élu par la commission. Il n'y a donc pas place, dans ce cas, à une délégation spéciale donnée à un adjoint. Cette délégation rendrait, en effet, illusoire le droit donné à la commission d'élire un vice-président. Au surplus, la discussion de la loi ne semble laisser aucun doute sur cette interprétation.

Il vous appartient de faire application des considérations qui précèdent à l'espèce que vous m'avez soumise.

Le Ministre de l'Intérieur,

Pour le Ministre :

Le Conseiller d'Etat, Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

Signé : MONOD.

Observations sur le Service Médical des enfants du premier âge dans le département de la Haute-Saône.

Dans son dernier rapport sur la protection des Enfants du premier âge dans la Haute-Saône, M. l'Inspecteur des Enfants assistés s'exprime ainsi, en ce qui concerne leur mortalité :

« Proportion gardée, c'est notre département qui subit la plus forte mortalité, sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause. »

La loi sur le service médical pour les visites mensuelles, est-elle bien exécutée dans la Haute-Saône ? Les renseignements suivants puisés dans le même rapport faciliteront la réponse qui me paraît négative.

Les dépenses occasionnées pour le service s'appliquent au paiement.

1° Des honoraires des Médecins Inspecteurs ;
2° Des émoluments des Secrétaires de mairie ;
3° Des dépenses d'imprimés réglementaires.

Voici maintenant les dépenses mentionnées dans le même rapport pour les trois dernières années.

1893. — 124 fr. 30
1894. — 111 fr. 38
1895. — 31 fr. 41

Il convient d'observer que le nombre des Enfants du premier âge placés dans le département était :

Pour 1894. — 177
Pour 1895. — 199

M. l'Inspecteur ajoute : « Le nombre progresse chaque année ». Actuellement ce nombre doit dépasser 200.

Si pour 1895, la dépense totale a été de 31 fr. 41, il est probable que cette faible somme a été absorbée pour le paiement des émoluments des secrétaires de mairie et des imprimés réglementaires. Il faut en conclure que le service médical est très négligé, ou fait gratuitement par nos honorables confrères.

De cette situation qu'est-il arrivé ? Le crédit de 2000 fr. qui était inscrit depuis plusieurs années au budget départemental a été réduit par le Conseil général à la somme de 400 francs.

Il convient de remarquer cependant, que si pour 200 enfants du premier âge en moyenne dans notre département, les visites mensuelles seules étaient faites, sans compter les voyages, les honoraires s'éléveraient, à raison de 1 fr. par visite, à plus de 2000 fr.

Ne serait-il pas urgent d'appeler l'attention du Syndicat Médical sur cette situation qui expliquerait peut-être, l'observation faite par M. l'Inspecteur des Enfants assistés, à savoir « que pro- « portion gardée, c'est notre département qui « subit la plus forte mortalité chez les enfants « du premier âge ».

Ne serait-ce pas en outre, une nouvelle cause de dépopulation ?

Autrey, le 19 juillet 1897.
Dr Richard.

Vous voyez, Messieurs, que *sincèrement* l'administration départementale croit avoir organisé ce service ; elle croit même l'avoir doté superlativement, puisque sur un budget de 2000 fr. qu'elle lui a attribué, il n'a absorbé *que trente et un francs quarante et un centimes* ! Mais ne nous occupons pas ici du budget ; espérons que si l'on arrive à une organisation satisfaisante, l'administration voudra bien nous voter au moins les 2000 francs de jadis, mais pour le service médical seul. En les répartissant, au prorata des visites, comme elle le fait pour le service de l'assistance médicale, je crois, non pas qu'elle nous enrichirait, mais qu'elle parviendrait à pouvoir faire un essai sérieux et que tous, considérant l'utilité de cette création, vous seriez disposés à lui prêter votre concours à ce prix.

Ce n'est donc pas là que gît le défaut d'organisation.

L'administration a admis à tort, selon moi, qu'il suffisait de dire que tous les médecins étaient admis à surveiller les enfants en nourrice, comme ils sont tous admis à donner les soins aux indigents : or, c'est un point de départ *absolument faux*.

Sans doute, tous les médecins ont la compétence nécessaire ; mais il leur faut en outre l'*autorité* et la *responsabilité*, qualités qu'il ne peuvent acquérir que par une commission régulière émanant de l'*autorité préfectorale*. C'est, croyez-moi, le seul moyen de permettre à l'Inspecteur de remplir ses fonctions avec autorité et indépendance.

Je connais la sempiternelle objection : *la politique*.

Eh bien, Messieurs, il est facile de lui couper les ailes, *ab ovo*. Puisqu'il est admis que tous les médecins ont surabondamment la compétence nécessaire pour remplir ces fonctions, il n'y a nulle raison de choisir parmi eux ; qu'on admette donc que dans chaque circonscription, le médecin inspecteur sera nommé à l'ancienneté.

J'ose donc espérer qu'à notre première réunion l'application de la loi Roussel ne sera plus à l'état de *vœu* dans notre département : je remets le soin de réaliser cette espérance à nos conseillers généraux, auxquels je rappellerai la boutade de M. Brouardel : *« Si nous ne savons plus faire d'enfants, au moins faisons vivre ceux qui naissent. »*

Dr Tournier.

REPORTAGE MÉDICAL

Augmentation des cadres du corps de santé militaire. — Dans sa séance du 16 mars, après rapport de M. Chapuis, la Commission de l'armée a adopté le projet du général Billot comportant accroissement du nombre des médecins militaires. La répartition serait ainsi faite :

Inspecteur général	1
Inspecteurs	11
Principaux de 1re classe	45
Principaux de 2e classe	60
Majors de 1re classe	340
Majors de 2e classe	500
Aides-majors de 1re classe	400
Aides-majors de 2e classe	100
dont 50 aides-majors stagiaires à l'école d'application du Val-de-Grâce.	
	1457

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4260.— M. le Docteur Levassort, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4261.— M. le Docteur Loyer, de Mailly-Maillet (Somme), membre de l'Association des Médecins de la Somme.

N° 4262. — M. le Docteur Jaudou, de Juvigny (Marne), membre de l'Association des Médecins de Reims.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année | N° 16 | 16 Avril 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Assemblée générale annuelle de la caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Siège social : Paris, 22, place Saint-Georges.

1° Réunion du comité directeur, le samedi 16 avril, à quatre heures ;

2° Réunion du conseil des censeurs, le dimanche 17 avril, à quatre heures ;

3° Assemblée générale des participants, le dimanche 17 avril, à cinq heures et demie, au siège social, sous la présidence de M. le Dr *Lande*, président de l'Association de la Gironde ; vice-président, Dr *Cézilly*, président de l'Association de l'Oise ; membres du Comité directeur : MM. Gassot, Maurat, Jeanne ; Secrétaire-général : Dr Delefosse ; Trésorier : Dr Verdalle.

Ordre du jour :

Rapports de M. le Trésorier et de M. le Secrétaire général.
Vote sur les pensions à accorder.
Communications diverses.

Bilan au 31 décembre 1897.

Caisse	21.258 39
19 Obligations communales 1879	9.504 40
300 Obligations du Midi	144.740
4.560 3 % amortissable	155.936
100 Obligations foncières 1883	47.900
50 Obligations communales 1877	25.337 50
100 Obligations Orléans	48.500
20 Obligations foncières 1879	10.098 05
102 Obligations P. L. M.	49.116 60
50 Obligations Ville de Paris 1896	20.050
1.800 3 %	61.830
50 Obligations Est	24.050
120 Obligat. Banq. hypothécaire	69.782 70
	688.103 64
Caisse auxiliaire	4.989 14
Capital inaliénable	525.246 87
Caisse de réserve	157.867 63
	688.103 64

Situation au 31 décembre 1897.

En caisse au 1er janvier 1897	23.513 50
Encaissement de l'exercice 1897	83.187 79
	106.701 29
Dépenses de l'exercice 1897	85.442 90
En caisse au 31 décembre 1897	21.258 39
Balance	106.701 29

Situation au 1er avril 1898.

Solde en caisse au 1er janvier 1898	21.258 39
Encaissements au 31 mars 1898	42.317 50
	63.575 89
Dépenses au 31 mars 1898	40.417 55
En caisse au 31 mars 1898	23.158 34
Balance	63.575 89

Cannes, le 1er avril 1898.

Le Trésorier,
Dr H. Verdalle.

Assemblée annuelle de l'Association générale

Dimanche 17, 3, avenue Victoria, à 2 heures.

Discours du président et du secrétaire général. Comptes rendus.

A 7 heures, *Banquet au Continental.* Après le banquet, conférence de M. Gariel, sur les rayons X.

Le lundi 18, à 2 heures, rapports sur les vœux émis et discussion.

Le Concours médical.

« Mais qu'est-ce donc que le Concours médical ? »

Telle était la question que me posait dernièrement un jeune confrère, après une réunion où nous venions de parler du *Sou médical*, et des services qu'il était appelé à rendre.

Cette question, que j'ai entendue bien des fois, et qui, je dois l'avouer, me stupéfiait au début, ne m'étonne plus maintenant. En la circonstance, elle émanait d'un jeune ; mais le médecin est, par naturel, si apathique et si indifférent, qu'il faut un hasard providentiel pour lui faire jeter les yeux sur un journal professionnel qu'on lui adresse, ou pour que, l'ayant fait machinalement, il veuille bien prendre au sérieux ce qu'il vient de lire et y réfléchir quelque peu.

Donc, j'avais à dire ce qu'était le *Concours* et ce qu'il avait fait, à reprendre son historique depuis sa création en 1879, à montrer comment il avait réveillé, d'un assoupissement bien profond, le mouvement professionnel et créé toutes les œuvres de protection médicale que nous avons actuellement à notre disposition.

Et je dus m'exécuter — la soirée y passa.

Au cours de mon long exposé, je remarquai que, si bien des choses étaient inconnues de certains, bien d'autres étaient oubliées de certains autres, qui pourtant auraient dû avoir la mémoire moins courte. En somme, un grand nombre de confrères ne savent pas ou ne savent plus ce qu'est le *Concours médical*, et cette constatation n'a pas peu contribué à me faire accueillir la demande qu'en forme de conclusion me fit mon interlocuteur. « Pourquoi ne publiez-vous pas tout cela ? »

« Pourquoi nous ne le publions pas ?.... Mais parce que nous l'avons publié maintes fois. — Puisqu'on ne le sait pas ou qu'on ne le sait plus, vous devriez recommencer ; soyez convaincu que nombre de confrères prendront à cette lecture l'intérêt que nous-mêmes, nous avons pris à votre exposé, ce soir.—Vous croyez la chose utile ? — Certainement.— Alors je recommencerai au premier jour. »

Et voilà pourquoi, chers confrères, je reprends aujourd'hui cet historique, nouveau peut-être pour quelques-uns, mais où d'autres, certainement, trouveront quelques réminiscences, que je veux croire plutôt agréables.

Dr A. Gassot.

Au cours des années 1878 et 1879, nous recevions d'un confrère de province, inconnu de la plupart d'entre nous, une circulaire qui nous invitait à secouer notre torpeur et à nous unir en une Association qu'il assurait devoir être féconde. Quelques-uns répondirent, sans grand enthousiasme peut-être, mais faisant nombre pourtant, et le 1er juillet paraissait le premier numéro du *Concours médical*, organe de la future société.

C'était un début bien modeste, mais il affirmait l'idée bien arrêtée et la volonté persévérante qui devait assurer, au Dr Cézilly, le succès d'une tentative que beaucoup jugeaient aussi téméraire qu'inutile.

L'apparition du journal allait en effet créer entre ses lecteurs un lien commun, une communauté d'aspirations, un échange d'idées jusqu'alors inconnus du Corps médical. Des collaborateurs zélés vinrent immédiatement se placer aux côtés du Dr Cézilly, et l'organisation de la Société, étudiée d'une manière provisoire à la réunion du 16 décembre 1880, était définitivement adoptée à l'Assemblée générale du 14 août 1881.

Le *Concours médical* naissait dans un moment opportun et répondait à un besoin réel : il n'avait ni préjugés, ni rancunes, ni haines d'aucune sorte ; il faisait appel à toutes les bonnes volontés et accueillait, avec le même empressement, les communications de tous, vulgarisant les études et les travaux qui pouvaient profiter à la profession tout entière.

En même temps que les membres de son premier comité poursuivaient l'organisation de la Société civile du Concours médical, ils ouvraient une vaste enquête sur la situation du Corps médical en France : ils s'enquéraient de l'importance des clientèles, de leur produit, des causes pouvant déterminer ici une situation sortable et là l'impossibilité d'arriver au minimum de ce que devraient assurer au médecin son savoir, son labeur et son dévouement. La même enquête visait encore les questions de prévoyance et la révision de la législation médicale. C'était, pour tout dire, une vaste consultation sur la situation et les besoins de chaque médecin en particulier.

Les réponses arrivèrent nombreuses : toutes furent examinées, étudiées à fond et groupées : puis ce travail préparatoire achevé, on s'occupa immédiatement de passer à des mesures d'exécution.

A la suite d'une étude des plus étendues sur la révision de la législation médicale (voir année 1880), une Commission spéciale était instituée et, après les discussions les plus approfondies, présentait par l'organe de son rapporteur, le Dr *Geoffroy*, un rapport qui reste le travail le plus complet comme le plus brillant sur la matière, rapport qu'on a cherché à piller et à démarquer, mais qu'on ne saura faire oublier.

C'est dans ce rapport qu'un membre du Concours, M. le Dr Chevandier, qui avait pris part aux travaux de la Commission, puisait les éléments de la proposition de loi qu'en sa qualité de Député, il déposait sur le Bureau de la Chambre et après bien des atermoiements et bien des retards finissait par faire adopter.

Certes, la loi Chevandier contient encore bien des lacunes et nous sommes les premiers à le regretter, mais du moins, il nous est permis de dire que ce qu'elle peut contenir de défectueux et d'insuffisant a été voté malgré nos efforts ; tandis que les améliorations qu'elle a apportées à la législation, procèdent en majeure partie de l'initiative du Concours médical.

En faut-il, comme preuve, citer la reconnaissance légale des Syndicats médicaux ?

C'est en effet, dans le Concours qu'a pris naissance cette idée de groupements des médecins pour la défense de leurs intérêts professionnels. Dès 1879, le Dr *Margueritte* lançait cette idée, mais malgré quelques rares appuis, elle risquait d'être mal comprise et mal appréciée du Corps médical que le mot de Syndicat paraissait effaroucher quelque peu. Le Concours, adoptant franchement et le mot et la chose, s'en fit le vulgarisa-

teur acharné, dissipant les préventions et montrant que, loin d'être une arme de guerre contre l'Association générale, les Syndicats constituaient ses plus précieux auxiliaires, que loin de ravaler la dignité du Corps médical, ils étaient une barrière contre les procédés de mauvaise confraternité et contre ces capitulations honteuses dictées par le seul esprit d'égoïsme.

Ces syndicats médicaux répondaient à un besoin si grand que, partout, ils se constituaient et fonctionnaient avec l'activité la plus féconde et la plus louable... mais leur existence légale était contestée, bientôt même elle leur était refusée par un arrêt de la Cour de Cassation.

Il fallait continuer la lutte : le Concours qui seul alors était sur la brèche, ne se découragea pas. Il empêcha de se dissoudre ces syndicats, qui s'étaient fondés, il abrita l'Union naissante de ces syndicats et continua sa propagande. Ce fut un moment difficile ; mais nous étions convaincus que nous luttions pour la bonne cause et pas une défaillance ne se produisit.

Un jour, la Chambre ayant voté la proposition Chevandier, le Sénat rejeta l'article sur les Syndicats. Ce fut alors un redoublement d'ardeur pour faire revenir sur son vote la haute Assemblée. Nous nous rappelons cette séance du Conseil de Direction du Concours, où, un texte transactionnel possible nous étant soumis par *M. le sénateur Cornil*, nous fûmes réellement les arbitres de la question qui, nous pouvons bien le dire hautement, triompha grâce à nous.

Cette collaboration active du Corps médical aux réformes qui l'intéressaient, avait été assurée par la création de la *Réunion extra-parlementaire des médecins législateurs*, à laquelle le Concours n'avait pas été étranger, et avec laquelle il avait immédiatement noué de solides relations, car la révision de la loi de Ventôse, malgré son importance capitale, ne constituait pas notre unique revendication.

L'organisation de l'assistance publique, la loi sur la santé publique, la réforme de la législation de Germinal sur la pharmacie, ne nous préoccupaient pas moins. Des études approfondies étaient faites de ces questions et le Concours ne ménageait pas plus ses démarches et ses instances qu'il l'avait fait pour la loi sur l'exercice de la médecine.

Tous ces points ne sont pas tranchés — nous ne le savons que trop et nous continuons nos efforts — mais, n'avons-nous pas quelque droit de dire que, sans le Concours médical et sans les syndicats, qui sont son œuvre, sans le mouvement professionnel qu'il a suscité, le corps médical attendrait encore les résultats déjà obtenus ?

En même temps qu'il poursuivait ces revendications légales et qu'il fondait ces syndicats, le Concours médical n'oubliait pas la seconde partie de son programme : l'amélioration de la situation du médecin.

Il s'agissait avant tout, d'assurer à celui-ci la sécurité du lendemain : conseillant à ses membres, de la manière la plus pressante, l'assurance sur la vie, le Concours s'efforçait de la leur faciliter en créant une *Caisse de prévoyance*, qui, sans rien coûter aux assurés, pouvait leur venir en aide dans un moment difficile.

D'autre part, pensant que l'assurance ordinaire ne répondait pas à toutes les exigences de la profession médicale, il mettait à l'étude la création d'une Caisse de pensions de retraite spéciale, aux médecins. Après des études consciencieuses de MM. les Drs *Benoist*, *Lande*, *Ordonneau*, etc..., après une longue enquête près des intéressés, il réunissait enfin une assemblée spéciale, dans laquelle était fondée *la Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français*. aujourd'hui en plein fonctionnement et en pleine prospérité (700.000 fr. de réserves).

Mais cela ne suffisait pas encore. Après avoir prémuni le médecin contre la vieillesse et l'inaction funeste qu'elle entraîne, il fallait prévoir un autre risque, la maladie. Des études recommencèrent, qui montrèrent la possibilité de cette création nouvelle et le Concours, après l'échec de ses démarches pour la faire adopter par l'Association Générale, la réalisa lui-même, en créant *l'Association amicale des médecins Français* qui, au bout de quatre années d'existence, a déjà conscience d'avoir rendu de signalés services, tout en accumulant une réserve de 80.000 francs.

Puis s'étant occupé du médecin personnellement, le Concours songeait aux femmes et aux enfants que la mort prématurée du chef de famille laisse souvent dans la situation la plus précaire. Il créait *la Société de protection des victimes du devoir médical* qui s'efforce de leur assurer un appui matériel et moral, et naguère encore il posait les bases d'une *caisse de droit pour les veuves et les orphelins*. Des difficultés matérielles contre lesquelles son zèle et son ardeur ne peuvent rien, n'ont pas encore permis de réaliser cette dernière conception, mais le Conseil de direction ne renonce pas à son idée, et, en ce moment même, il pense avoir trouvé une solution pratique de cette question.

Enfin, à la dernière Assemblée Générale, le Concours décidait encore la création d'une ligue de protection et de défense professionnelles, *le Sou médical*, destiné à soutenir le médecin dans le rude combat de la vie et à l'empêcher de succomber au milieu des périls qui de toutes parts le menaçent, dans le libre exercice de sa profession. Cette dernière œuvre n'est qu'à ses débuts, mais les précieux encouragements qui nous sont adressés, nous font bien augurer de son succès futur.

Dans un autre ordre d'idées, le Concours suivait le mouvement ascendant des mutualités : ce sujet, on peut le dire, est à l'ordre du jour depuis sa fondation. Après une première enquête, après des études successives, après des démarches multipliées, il avait pu se convaincre qu'en pareille matière le médecin n'avait rien à attendre que de lui-même ; une seconde enquête, plus complète lui montrait, en même temps que l'étendue du péril causé par la multiplication des sociétés mutuelles et leur puissance financière, l'inanité des tentatives d'entente générale ébauchées avec ces sociétés. Il se détermina donc à adopter, en la conseillant à ses adhérents, une ligne de conduite qui leur permît de résister à des prétentions aussi excessives qu'injustifiées : il fixa le maximum des concessions permises et en cas de refus des mutualités, prêcha formellement l'abstention.

Les questions d'honoraires ne présentaient pas moins d'intérêt. Le Concours publia, après bien des tarifs, une magistrale étude du Dr Jeanne énonçant des principes qui, s'ils étaient une fois

admis, feraient disparaître bien des difficultés, bien des abus, et rehausseraient singulièrement le prestige du corps médical.

A côté de ces grosses questions, combien de points secondaires mis à l'étude et résolus au mieux des intérêts médicaux! Faut-il citer l'organisation des remplacements ? celle d'arbitrages pour les difficultés entre confrères ? Faut-il parler des services rendus par les Conseils judiciaire et financier, des facilités données pour les changements ou les cessions de clientèle ? L'énumération nous entraînerait trop loin.

Ce que nous pouvons dire c'est qu'aucune organisation n'a été, à un degré plus élevé que le *Concours médical*, œuvre d'utilité professionnelle; c'est que, sans avoir réclamé de ses membres autre chose qu'un peu d'esprit de solidarité, il a fait plus à lui seul, pour le bien du corps médical, que toutes les autres associations réunies.

Car l'œuvre du *Concours médical* est l'œuvre du corps médical lui-même : elle est la résultante de tous les efforts individuels de ses membres exerçant leur activité en pleine liberté.

Jamais le Directeur, jamais les membres de ses comités ou de ses conseils n'ont entendu lui imposer un programme, lui tracer une ligne de conduite ; jamais ils n'ont cherché à accaparer le mouvement professionnel ; jamais en présence d'une idée qui leur était soumise, ils ne se sont demandé autre chose que ceci : *le corps médical en peut-il tirer un avantage quelconque* ?

La réponse était-elle favorable — ils s'empressaient de répandre cette idée, de la commenter, de la discuter et de la soutenir par les arguments les plus probants, et, le jour où son adoption était chose faite, de rechercher tous les moyens de la faire entrer dans la pratique.

La réponse était-elle douteuse — ils réclamaient un supplément d'informations, ne demandant qu'à être convaincus, se prêtant à toutes les études et à toutes les enquêtes et ne se récusant jamais, avant d'avoir tenté tout ce qui leur était possible.

C'est dire que ni le Directeur, ni le Conseil de Direction n'ont la prétention de s'attribuer personnellement le mérite de tout ce qu'a pu faire le Concours : comme bien d'autres, ils ont émis leurs idées, ils ont fait acte d'initiative, et se sont dévoués à l'œuvre commune. Ils ne recherchent pas s'ils ont fait plus ou moins que tel ou tel ; il leur suffit d'avoir groupé, pour le plus grand bien commun, toutes les activités, toutes les bonnes volontés qui se sont présentées spontanément à eux.

Et cette ligne de conduite passée du *Concours médical* est un sûr garant de l'avenir : on ne renonce pas à des traditions qui ont permis d'obtenir de tels résultats.

Voilà ce qu'il a été, voilà ce qu'il est et ce qu'il restera : une tribune ouverte à toutes les revendications, un centre d'étude de toutes les questions professionnelles, la cheville ouvrière de toutes les organisations nécessaires, enfin l'agent le plus actif de toutes les démarches utiles au corps médical.

Et nous pouvons proclamer cela sans fausse modestie, puisque son titre même de *Concours médical* montre qu'il est l'œuvre de tous.

Dr Gassot (de Chevilly).

LA SEMAINE MÉDICALE

Supériorité des eaux minérales naturelles bi-carbonatées sodiques sur ces mêmes eaux alcalines préparées artificiellement à l'aide de leurs sels desséchés.

De tout temps, comme le témoignent les remarquables vestiges des établissements hydrominéraux des Romains, les hommes furent frappés des effets thérapeutiques que produisent certaines eaux minérales naturelles. Cette confiance dans la puissance médicatrice de ces eaux devait provoquer également des recherches, dans le but de trouver des moyens de reproduire, à distance, ces mêmes effets à l'aide de solutions artificielles. Aussi ne faut-il pas s'étonner que dès le dix-septième siècle, époque où florissait l'alchimie, de nombreuses tentatives de fabrication, de falsification pourrais-je dire, aient eu lieu. A cette époque, en effet, deux Anglais, Jenning et Howart, inaugurèrent cette industrie, qui reçut même l'approbation des médecins contemporains. Cependant l'enthousiasme fut de courte durée et bientôt, après des péripéties diverses, on tomba d'accord pour réprouver l'usage de ces eaux factices, et leur discrédit fut à peu près général.

De nos jours, nous assistons à une résurrection de ces anciennes tentatives, mais avec une variante faite pour induire en erreur les personnes de bonne foi. Les promoteurs de la nouvelle tentative, en effet, ne recommandent plus la simple solution des éléments minéraux dans la proportion indiquée par les analyses chimiques, mais bien les sels retirés des eaux après leur évaporation. C'est sur cette apparente similitude qu'est basée une réclame effrénée, et, de propos délibéré, on oublie les modifications importantes qui se produisent dans le groupement et la synthèse de ces sels minéraux, pendant toute la durée de l'évaporation. Cependant, on peut prévoir des changements et, s'il est vrai, comme l'a démontré le professeur Pouchet, que c'est à tort que l'on substitue toujours les alcaloïdes, aux préparations galéniques des plantes qui renferment ces principes, à plus forte raison, en matière d'eaux minérales, naturelles, ces considérations doivent-elles être justes. Toute manipulation, quelque légère qu'elle soit, tend à faire disparaître ce *quid divinum*, ce fluide électrique impondérable que l'on observe si facilement sur place. Aussi, bien qu'il y ait progrès dans la fabrication des eaux minérales, ce nouveau mode de préparation ne modifie en rien le résultat final, et c'est pour cela qu'il est bon de lutter contre cette invention, et d'en montrer scientifiquement l'inutilité.

En effet, quelle que soit la perfection de cette préparation artificielle, les eaux minérales naturelles bicarbonatées sodiques, principalement, se recommanderont toujours :

1° Par l'absence de saveur fade et urineuse qui est inhérente à toute eau alcaline artificielle; 2° par l'absence de causticité et d'action irritative sur les muqueuses du tube digestif, jusqu'à l'estomac inclusivement ; 3° par l'association plus variée et plus intime des différentes bases alcalines, à un état moléculaire plus instable, d'où plus assimilable ; 4° par une action pharmaco-dynamique à dose égale, incontestable-

ment supérieure ; 5° par une teneur moindre en CO^2, ce qui rend ces eaux plus alcalinisantes, comme l'a démontré le Dr Drouin, ancien chef de clinique de la Charité ; 6° par une instabilité plus grande des combinaisons de CO_2, ce qui permet de mettre en liberté plus facilement, à l'état naissant, cet acide, qui agit comme modificateur et anesthesique de la muqueuse stomacale et comme stimulant du péristaltisme du tube digestif (expérience de Quincke) ; 7° par une réduction plus prompte des sulfates en sulfures, grâce à cette instabilité de CO^2 et des sels, d'où il résulte une excitation fonctionnelle de la glande hépatique et de la muqueuse digestive par action vaso-motrice.

Dr J. GANNAT.

L'incompatibilité imaginaire du calomel et des chlorures.

Entr'autres bavardages, plus ou moins justifiés, dont les pharmaciens accompagnent, parfois, les prescriptions du médecin, il en est un qu'ils ne manquent jamais de faire et qui contribue beaucoup à diminuer le crédit du médicament c'est à propos du calomel. Quand le pharmacien voit sur une ordonnance du calomel, il n'omet jamais de dire au client : « Surtout ne prenez pas d'aliments salés, ce serait dangereux. »

Et cependant rien n'est moins justifié que cette recommandation ; nous n'en voulons pour preuves que les recherches récentes de M. le Dr *Jovane Antoine*, de Naples ; d'après cet auteur, le calomel absolument pur, mis en présence des chlorures et des acides ne se décompose pas en sublimé.

M. Jovane Antoine a mélangé du calomel avec divers chlorures, des acides minéraux, végétaux et organiques, avec des albumines, soit à la température ordinaire, soit à l'étuve à 37°, pendant 24 à 48 heures. La réaction du sublimé ne s'est jamais produite, mais une très petite fraction du calomel paraît devenir soluble. La solubilité n'est pas appréciable au contact de l'albumine. Il ne faut pas d'ailleurs chercher dans cette minime solubilité du calomel, la cause de certains cas d'empoisonnement aigu, cités dans la littérature. C'est plutôt la faute de l'idiosyncrasie, de l'impureté du médicament et peut-être d'autres causes qui nous échappent.

Des résultats obtenus par la chimie, il a eu la confirmation, en expérimentant sur des chiens, à l'aide d'une fistule gastrique. Par comparaison, dans une autre série d'expériences, il a fait ingérer, à des chiens, du calomel seul, et quelquefois il a eu les mêmes réactions, mais plus faibles qu'en ajoutant les substances réputées capables de former du sublimé.

L'innocuité de ce médicament, ainsi démontrée, il a cru en conscience pouvoir essayer la preuve sur les enfants, pour donner une démonstration clinique tout à fait probante.

Il en a choisi 60 de différents âges, de 20 jours à 8 ou 9 ans, qui étaient atteints de maladies diverses.

La dose a été d'un centigramme, dans le premier mois de la vie, une, deux, trois fois par jour, selon l'état de l'intestin. Après le premier mois, on a augmenté à peu près d'un centigramme à chaque mois ; à partir de la première année, la quantité a été variable, mais toujours suffisante pour produire une légère diarrhée.

Toutes les expériences ont été précédées d'une période d'observation du sujet.

L'auteur n'a jamais observé de phénomènes toxiques aigus ou lents, mais seulement quelques troubles d'une importance secondaire.

La stomatite fut bien rarement rencontrée, et encore on pourrait discuter si elle était l'effet du médicament ou un symptôme de troubles gastriques.

Chez des sujets atteints de catarrhe intestinal, on a eu une augmentation des mucosités dans les selles ; mais ce faible inconvénient se produit également avec les sulfates de magnésie et de sodium (MM. Marfori et Fusari).

L'anorexie qui, parfois, a été observée transitoirement, est la conséquence commune des purgatifs.

L'étude anatomo-pathologique vient compléter ce travail. M. le docteur Ottolenghi, de Gênes, avait soutenu que le calomel, même à dose thérapeutique, est capable de produire des ulcérations intestinales, spécialement dans l'intestin grêle.

L'auteur a donné à plusieurs chiens, pendant trois jours consécutifs du calomel, le premier jour 5 centigrammes pour chaque kilogramme de l'animal, le second 4, le troisième 3, associé aux chlorures, aux acides et aux albumines : la nécropsie faite le quatrième jour, a fait voir dans l'intestin grêle et dans la première portion du gros intestin, des apparences d'ulcération à bourrelet périphérique, à centre déprimé, mais sans réaction de voisinage, et sans véritable sécrétion comme dans les vraies ulcérations.

Des autopsies de chiens sains, auxquels on n'avait pas donné préalablement du calomel, démontrèrent, en effet, les mêmes apparences anatomiques, qui, à l'examen histologique furent reconnues normales et correspondantes aux plaques de Peyer.

La seule lésion due au calomel, rencontrée par l'auteur, fut une légère hypérémie reconnue aussi au microscope.

Chez deux enfants syphilitiques, auxquels, il avait administré, pendant huit jours chez le premier, et six chez le second, 1, 2 centigrammes par jour, et en même temps de la limonade chloropeptique, aucune lésion de l'intestin ne fut rencontrée à l'autopsie.

L'auteur en conclut qu'il faut bannir le préjugé en vertu duquel le calomel serait chimiquement incompatible avec les chlorures, les acides et les albumines. (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles*)

PRATIQUE HOSPITALIÈRE

L'enseignement du Pr Pinard, à la Clinique Baudelocque

Le Professeur Pinard, qui a su gagner, dans de récentes circonstances, toute la sympathie du corps médical, est aussi un des maîtres les plus appréciés des étudiants. Le succès de son enseignement est considérable, car il est dû, non seulement à la parole claire et brillante du savant professeur, mais encore à l'originalité de

ses idées et de sa pratique, qui rompent ouvertement, dans bien des cas, avec les opinions admises et classiques.

L'éminent accoucheur est un de ceux qui ont fait le plus pour vulgariser une opération nouvelle, de première importance : la symphyséotomie. Il répète souvent, au cours de ses leçons, l'aphorisme suivant, dont la section de la symphyse est une conséquence immédiate : « En obstétrique le but à atteindre est de faire naître les enfants « à terme et avec le minimum de traumatisme possible ».

« Faire naître les enfants à terme ». c'est-à-dire pas d'accouchements prématurés, autant que possible. En présence d'un bassin rétréci, n'interrompez pas la grossesse. A moins de rétrécissement excessif, patientez et au moment de l'accouchement à terme, élargissez les détroits, en écartant les deux os iliaques, après section de l'articulation des pubis.

«.... Avec le minimun de traumatisme possible », c'est-à-dire pas de forceps au détroit supérieur, intervention trop dangereuse à cet endroit, pour l'enfant et aussi pour la mère elle-même. Encore ici, faites la symphyséotomie et vous extrairez facilement, alors, le fœtus, par une application de forceps, beaucoup plus simple que la précédente.

Ainsi donc, presque toujours, les rétrécissements du bassin sont justiciables, si l'accouchement ne se fait pas spontanément, de la section de la symphyse pubienne.

Il est, à un autre point de vue, une étude sur laquelle le Pr Pinard attire constamment l'attention des praticiens : c'est celle du placenta. L'accoucheur doit en faire un examen approfondi, s'enquérir de sa structure, de l'absence possible d'une partie des membranes ou de cotylédons, indices d'une rétention de ces organes dans l'utérus. Le placenta est-il lourd, d'un poids sensiblement supérieur à 500 grammes, il faudra se tenir en éveil : un placenta pesant peut appartenir à un gros enfant, mais aussi à un fœtus syphilitique.

Le placenta s'insère souvent, on le sait, d'une façon anormale, sur le segment inférieur de l'utérus, et cette situation pathologique entraîne, dans les derniers mois de la grossesse, les conséquences suivantes : l'effort de la contraction des muscles utérins porte ainsi sur une partie restreinte du chorion, et alors :

a) le tiraillement se produit sur les membranes qui se rompent, d'où accouchement prématuré ;

b) les membranes résistent et la traction s'opère sur le placenta, d'où hémorrhagie.

De ces considérations cliniques, résulte une thérapeutique rationnelle des hémorrhagies des derniers mois de la gestation. Si les pertes sanguines sont légères, de simples injections chaudes suffiront. Si elles sont importantes, il faut — puisque le décollement placentaire tient à la résistance des membranes — il faut, dit Pinard, pratiquer la rupture, la déchirure artificielle de ces membranes. Introduire l'index gauche dans la cavité du col, jusqu'à l'œuf lui-même, guider alors l'instrument piquant, puis élargir largement l'orifice fait aux membranes, avec le doigt. En général, à ce moment, l'hémorragie cesse. Si non, il est nécessaire, en présence d'un cas sérieux, de dilater le col avec un ballon de Champetier et de terminer rapidement l'accouchement et la délivrance. On s'aidera, au besoin, des injections toniques de sérum artificiel, de 300 grammes à un litre, dans le tissu cellulaire de la fesse, avec l'aspirateur Potain (une cuillerée à soupe de sel marin, dans un litre d'eau bouillie).

Jamais, en pareille circonstance, Pinard ne tamponne pour faire l'hémostase ; il considère cette manœuvre comme inutile et dangereuse. Pour lui, le tampon vaginal doit être rigoureusement banni de l'obstétrique, dans le traitement des hémorrhagies de l'utérus ; il le remplace par les injections chaudes d'abord, la déchirure des membranes ensuite, le ballon dilatateur enfin. D'ailleurs, règle générale, cette déchirure artificielle de la poche des eaux est souvent pratiquée à la clinique Baudelocque, même dans les accouchements normaux. On abrège ainsi, dans bien des cas, la durée de la dilatation complète et de l'expulsion fœtale. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des femmes chez lesquelles l'accouchement tarde à se faire, en raison de l'excès de tension de l'œuf, cet excès disparaît une fois les membranes rompues.

Il ne suffit pas, cependant, d'accoucher la mère sans accident, de lui assurer, pendant cette période, l'intégrité de la santé et de tous ses organes. Le médecin a aussi le devoir de songer à l'enfant. Il doit d'abord le faire venir au monde aussi vigoureux que possible, et ensuite garantir son complet développement après la naissance.

Dans ce but, l'accoucheur ne saurait trop insister pour faire garder le repos aux femmes enceintes, à l'approche du terme de leur grossesse. Les enfants « de repos » sont toujours plus beaux, plus lourds que les autres à leur naissance, toutes choses égales d'ailleurs.

Une fois au monde, l'enfant sera mis au sein maternel et le Professeur Pinard se fait le champion intrépide de l'allaitement par la mère. Pour lui, la plupart des femmes sont aptes et doivent nourrir : telle l'albuminurique, par exemple. Il n'y a guère que les tuberculeuses et les folles, qui, à priori, doivent y renoncer.

Sur cette importante question du sein maternel, le médecin se trouve fréquemment en lutte avec un préjugé vulgaire, bien tenace chez les gens du monde et d'ailleurs encore partagé par quelques praticiens.

Une personne qui devient enceinte peut-elle continuer à allaiter son enfant?

Le public, frappé par cette circonstance, répond hardiment non et voit là une cause de déchéance pour le nouveau-né.

On ne saurait trop le répéter, il faut lutter énergiquement contre une telle erreur, si grosse de conséquences. Il est démontré par les faits que l'allaitement, dans de semblables conditions, ne porte préjudice ni au nourrisson, ni au fœtus en développement dans l'utérus. Cette éventualité n'empêche pas ce dernier de venir à terme aussi beau que possible.

Quant à la qualité du lait, chez la femme en état de parturition nouvelle, elle est généralement supérieure à ce qu'elle était auparavant, comme l'ont établi des recherches chimiques précises. Vous verrez les enfants ainsi nourris s'en trouver fort bien. Aussi, consulté à ce sujet, conseillez toujours de continuer le sein ma-

ternel. Ne vous exposez pas, surtout en été, aux dangers d'un changement de nourrice ou aux inconvénients de l'allaitement artificiel exclusif. Si le lait de la mère est insuffisant comme quantité, combinez-en l'usage avec celui du lait stérilisé, en suspendant ce dernier toutefois, s'il survient des accidents gastro-intestinaux.

Sous l'influence de cette alimentation maternelle, le nouveau-né se développe avec rapidité. On peut s'en assurer par la pesée régulière, mais il est un procédé original pour le savoir, approximativement tout au moins, que je signale, en raison de sa simplicité, puisqu'il ne nécessite ni balance, ni instrument quelconque : touchez du doigt la suture bi-pariétale, vous la sentirez nettement sous forme de deux bords osseux séparés par une dépression molle à travers laquelle on perçoit le liquide céphalo-rachidien. Lorsque cette rapide exploration montrera un chevauchement des deux bords osseux, avec absence d'intervalle, concluez que l'enfant résorbe son liquide céphalo-rachidien et se nourrit mal.

Enfin, il est un organe essentiel du nouveau-né, qui doit préoccuper l'accoucheur : ce sont les deux yeux. On connaît la pratique de l'instillation oculaire, dite préventive de l'ophtalmie purulente. Elle doit se faire sur tous les enfants à leur naissance, mais surtout, s'il y a blennorrhagie soupçonnée chez la mère. Le professeur Pinard rejette l'emploi du nitrate d'argent, suivant la méthode de Crédé. L'instillation du sel argentique est susceptible de provoquer des accidents sérieux: j'en ai vu, ajoute-t-il.

En tout cas, elle entraîne toujours de la réaction et il est parfois assez difficile de verser, sur un œil, quelques gouttes d'un liquide. Aussi, depuis longtemps, Pinard l'a remplacée d'abord par du jus de citron, puis par l'acide citrique, dont il loue l'efficacité et l'innocuité.

A la clinique Baudelocque, on pratique toujours, à la naissance de l'enfant, non pas l'instillation de quelques gouttes, mais un véritable lavage des paupières avec un filet du liquide suivant :

Acide citrique.....	5 grammes.
Eau distillée.......	100 grammes.

Comme on le voit, la pratique de Professeur Pinard, est sur bien des points, différente de celle des autres accoucheurs. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

En ce qui concerne la pratique des injections chaudes, voici comment la comprend M. Pinard ;

« Il doit y avoir *balnéation* vaginale ou intra-utérine, jamais *douche* ; d'où la recommandation suivante :

« LE RÉSERVOIR NE DOIT PAS ÊTRE ÉLEVÉ A PLUS DE 50 CENTIMÈTRES AU-DESSUS DU PLAN DU BASSIN DE LA FEMME.

« Prendre soin au préalable d'expurger le tube, la canule ou la sonde, de l'air qu'ils pourraient contenir.

« *Durée de l'injection.*— Elle doit être pratiquée et continuée jusqu'à ce que le liquide sorte de l'utérus aussi clair qu'il y est entré.

« On renouvellera l'injection autant de fois que l'hémorragie elle même se renouvellera.

« *Température du liquide injecté.*— L'expérience a montré que le maximum d'action se produisait à la température de 48° à 50°. La température de choix est 48° : au-dessus de 48° elle est mal supportée,

« *Nature du liquide injecté.*— UN UTÉRUS ASEPTIQUE N'EXIGE QU'UN LIQUIDE ASEPTIQUE. C'est-à-dire que, si l'accouchement a été pratiqué avec les précautions antiseptiques de rigueur, si aucune intervention n'a été faite, de nature à pouvoir infecter l'utérus, on emploiera seulement l'eau *bouillie*.

« Au contraire, on joindra à l'eau chaude des antiseptiques dans tous les cas où, soit par manque de soins pendant l'accouchement, soit à cause d'une intervention quelconque, on pourra mettre en doute l'asepsie utérine. Alors, le liquide employé sera, soit une solution de *sublimé* ou de *biiodure de mercure* à 1/4000, soit s'il s'agit d'une femme albuminurique, l'eau *boriquée* ou *naphtolée*. On devra renoncer, en outre, aux sels de mercure, chaque fois qu'il y aura lieu de prolonger l'irrigation. De la sorte, on évitera l'intoxication toujours possible.

« Toute injection intra-utérine sera précédée d'une injection vaginale antiseptique, pour éviter que la sonde ne transporte dans la matrice les germes septiques, qui peuvent être contenus dans le vagin.

« On introduit l'extrémité de deux doigts dans le museau de tanche mou et béant, et sur, ces deux doigts, on fait pénétrer, suivant l'axe vulvaire, la sonde à injection ; à peine la sonde a-t-elle pénétré de 2 à 3 centimètres qu'on éprouve une très légère résistance, dont on triomphe aisément. On sent alors le bec pénétrer de 2 ou 3 centimètres encore, en abaissant le pavillon légèrement. Le va-et-vient du liquide s'établit immédiatement, et l'opérateur, se croyant sûr d'être dans la cavité utérine, laisse en dehors plus de la moitié de la sonde.

« Si à ce moment, vous prenez l'instrument et si vous en abaissez davantage encore le manche entre les cuisses en déprimant la fourchette pour mettre le bec dans l'axe du détroit supérieur, vous éprouverez de nouveau une résistance plus marquée. Beaucoup s'arrêtent effrayés mais continuez sans crainte, et bientôt vous aurez la sensation réelle d'une résistance vaincue en même temps que votre sonde, avalée pour ainsi dire, disparait presque complètement dans le vagin. »

Dr LACROIX.

TRAVAUX ORIGINAUX

La chirurgie et le chirurgien.

Ceux de nos confrères qui ont lu la « *Technique chirurgicale* » de M. Doyen admettront, aussi difficilement que nous, que, pour faire de la chirurgie, il faille être né chirurgien comme on naît artiste. Cette thèse conduirait à centraliser la pratique chirurgicale entre les mains de quelque virtuoses du bistouri, qui ne suffiraient pas à la besogne, et la timidité d'intervention du reste des praticiens serait la condamnation à mort des trois-quarts de nos blessés ou des malades qui attendent leur salut d'une opération non différée.

Aussi, et fort heureusement, la décentralisation chirurgicale est, à l'heure actuelle, un fait accompli, et il n'y a bientôt plus de ville de quelque im-

portance qui n'ait un chirurgien de région, auquel peuvent faire appel les confrères voisins.

Il va sans dire que tous ne sont pas de même valeur ; mais en tenant compte de la nécessité de réussir,qui est bien plus sérieuse en province qu'à Paris, on doit constater que bon nombre de malades trouvent près d'eux, dans les cas urgents, ou simplement graves, des praticiens adroits et consciencieux, aussi intéressés que le client au succès de l'opération. Ces chirurgiens iront un peu moins vite que le jeune maître de Reims, mettront encore quelques pinces inutiles ; mais le ou la malade guérira tout de même et guérira bien.

Les conditions dans lesquelles s'exerce la chirurgie, à Paris, présentent des côtés intéressants à étudier, et ceci, tout autant pour le médecin que pour le malade.

La mode est aux installations luxueuses, aux palais chirurgicaux ! Quiconque n'a pas une salle d'opérations modèle, des appareils dernier genre, est considéré comme un pauvre hère, et le Conseil municipal et l'Assistance rivalisent de générosité (à nos frais) pour satisfaire les grands chefs.

Les maisons de santé ont suivi ces exemples et les plus en vue ont des installations très réussies, ma foi !

Comme conséquence naturelle de cette manière de faire, les grands opérateurs s'imaginent que nulle intervention ne peut être pratiquée ailleurs qu'à l'hôpital ou dans la maison de santé, dont ils sont les fournisseurs habituels, et le malade prend le chemin de ces hôtels de santé où, sauf quelques rares exceptions, il est supérieurement exploité.

Mais, chaque jour, l'opérateur peut faire sa visite à cinq ou six opérés dans un court espace de temps ; il a de la sorte son hôpital des pauvres et son hôpital pour riches. C'est donc surtout pour le chirurgien et ses aides qu'est faite la maison de santé et pas pour le malade.

N'est-ce donc rien de quitter sa famille, son milieu, son confort, pour tomber dans une pièce où, au nom des grands principes on aura tout supprimé, où l'on entendra les cris d'un voisin, où l'on sentira de bonnes effluves iodoformées !

Après une laparotomie par exemple, quels soins spéciaux ? Une bonne garde sachant faire respecter la consigne et ne pas fatiguer son opérée et c'est tout...

Et la malade, qui n'a pas été dépaysée, guérit très bien, retrouve l'objet familier, dès que se dissipent les vapeurs du chloroforme.

Combien cela diffère de l'étonnement, de la stupeur du réveil, dans une maison qu'on ne connaît pas, avec des visages indifférents, des êtres qu'on ignore, où on se sent isolé, oublié, perdu !

Contre l'opinion des Maîtres, à l'égard des maisons de santé, nous ne saurions trop protester. La chirurgie peut, à l'*heure actuelle*, être faite à peu près partout, pourvu que la personne à opérer ait une chambre et un lit.

Le succès dépend non du *milieu*, mais du *chirurgien et de ce qu'il emploie.*

Nous avons fait, dans des conditions qu'on jugerait déplorables, des interventions, graves, à domicile, et ceci, non pas une fois, mais dix fois, sans que jamais se soit produit un accident du fait du milieu.

Pour réussir dans ces conditions et ne manquer de rien de ce qui est indispensable, la nécessité s'impose d'avoir un matériel facilement transportable, un outillage pratique qui permette de s'installer partout et d'y être aussi à l'aise qu'en une salle d'opération en ne réclamant que de l'eau chaude et un peu de linge.

Je me propose d'insister sur ce matériel de voyage ou de campagne, comme on voudra l'appeler, dans une série d'articles qui paraîtront dans ce journal. Les confrères y trouveront, j'en suis certain, d'utiles renseignements sur un sujet que j'ai étudié d'une façon toute spéciale depuis plusieurs années, trop heureux de servir ainsi la cause qui nous est chère de la *décentralisation.*

Dans notre grand Paris, qu'arrive-t-il quand un malade est forcé d'avoir recours à un chirurgien ? S'il est riche, on fait demander un maître qui touche avec satisfaction de gros honoraires, mais si la bourse est moyenne, ce qui est souvent le cas, le client part à l'hôpital et cela sur le conseil, il faut bien le dire, de son médecin.

A l'hôpital, le malade est reçu de suite et, grâce aux nouveaux règlements, paie quelque chose pour son séjour, ce qui fait qu'il se croit quitte... il a payé !

Que le confrère soit bien tranquille, si jamais son client a besoin d'un conseil, il retournera à l'hôpital, il y enverra même ses amis et cela par la faute de qui ? — Du médecin qui devrait toujours s'opposer à ce qu'un client non malheureux occupe un lit réservé à la misère.

Mais, me dira-t-on, mon client ne peut donner les 250 et 300 fr. que réclame la maison de santé et X... ne veut pas opérer à domicile ; la note des produits nécessaires à l'opération, la location des instruments, etc., se montera bien encore à 100 ou 150 fr ; les aides, etc., les honoraires du chirurgien, tout cela fait au moins 1000 fr. C'est impossible... Mon client peut, à la rigueur, dépenser 4 ou 500 fr. il ne lui est pas donné de pouvoir faire plus.

Force est donc bien, dans les conditions actuelles, d'envoyer à l'hôpital un malade qui n'est pas un malheureux, qui pourrait payer 4 ou 500 fr. son opération ; de plus, le médecin pourrait faire les visites consécutives avec pansements et garderait son client.

La conclusion s'impose et, nous l'avons dit plus haut, il faut perfectionner notre outillage portatif, réduire au minimum nos frais accessoires.

Nous étonnerons bien des confrères, nous avons surpris bien des amis, en leur disant et en leur prouvant, qu'à l'heure actuelle, une intervention grave : amputation, laparotomie, hystérectomie ne nous revient pas à plus de 10 à 15 fr. au maximum, en y comprenant même le bandage de corps et le chloroforme.

Réservant donc l'hôpital aux malheureux, la maison de santé aux riches, j'estime qu'à Paris il y a place, à côté des maîtres, pour des chirurgiens, que j'appellerai volontiers, de région, comme ceux dont je parlais plus haut et qui exercent en province.

Nous devons être les correspondants de nos confrères voisins et ne jamais les laisser dans l'embarras pour cette malheureuse question d'argent, marchant aussi volontiers quand il s'agit d'un petit que d'un gros client, prêts à partir à toute heure, les cantines toujours garnies en

objets de pansements, linge, etc., n'ayant à faire choix que des instruments qui varient forcément avec chaque intervention.

Dans ces conditions, le confrère gardera son malade, ne le mettra pas dans la nécessité d'aller à l'hôpital et réservera pour la « profession », qui n'est pas si brillante, les « honoraires » que percevrait la maison de santé.

De la sorte, nous *aurions l'hôpital au malheureux* et la chirurgie, se faisant plus humaine, irait au malade selon ses ressources, ce dont, plus que personne, le médecin traitant serait appelé à bénéficier.

Dr Charles LEVASSORT.

ÉLECTROTHÉRAPIE PRATIQUE

Galvanisation du pneumo-gastrique pendant la digestion.

(*Digestion galvanique.*)

Plusieurs confrères ont désiré avoir de plus amples renseignements sur la technique opératoire de la méthode que j'ai décrite au mois de décembre 1897, sous le nom de « *Traitement de l'hypopepsie par la galvanisation pendant la digestion.* » (Voir le *Concours médical* de décembre 1897.)

Je reviens donc sur le manuel opératoire électrothérapique employé dans les cas de dyspepsie fonctionnelle. Son action est destinée, pendant une digestion laborieuse, à rétablir la sécrétion gastrique inhibée et perturbée. Cette galvanisation digestive est faite pour aider au travail de l'estomac insuffisant dans ses fonctions chimiques ou dans la nature de ses sécrétions.

La galvanisation que j'ai appelée *post-prandiale*, faite après le repas, est destinée à ramener l'acte digestif par la sécrétion d'un suc gastrique devenu anormal comme qualité ou de quantité insuffisante ; elle agit également sur les troubles cardio-pulmonaires qui accompagnent la non digestion.

Son action détermine une excitation physiologique sur l'activité glandulaire, à la double condition que ces glandes ne soient pas altérées d'une façon irrémédiable, et de plus, elle ramène au type normal la digestion, en habituant l'estomac à reprendre une fonction normale plus régulière.

Si les glandes sont altérées dans des proportions incompatibles avec une restitution de fonction, la galvanisation ne semble pas produire un résultat durable ; elle détermine une sorte de coup de fouet qui ne dure pas.

Son action a donc, en plus, une valeur diagnostique sur le degré de la perturbation digestive, surtout si, préalablement, on a fourni au sang, par une alimentation appropriée, les éléments d'une nutrition riche en chlorures et en peptones, destinée à faire les frais des digestions futures.

Nous allons maintenant passer en revue les différents temps de l'application. Voyons d'abord, 1° l'appareil, 2° la manière de s'en servir, 3° enfin le résultat obtenu.

Nous supposons le confrère muni d'une petite pile à courants constants ou continus, pour faire ces applications galvaniques.

Avec un appareil type Chardin ou Gaiffe, dont l'action peut être limitée à une dizaine de milliampères environ, pour une résistance moyenne de la peau, il ne serait pas nécessaire d'interposer un galvanomètre entre le malade et l'appareil, et l'on serait suffisamment armé pour produire tous les effets d'une galvanisation digestive; sans craindre d'action électro chimique trop vive.

Il suffira du reste de n'utiliser que le quart ou la moitié des éléments de cette petite batterie, pour avoir un effet de quelques milliampères, tout en observant le malade, dont la sécrétion gastrique a lieu au fur à mesure de la production du courant excitateur du pneumo-gastrique.

L'appareil le plus portatif consiste dans onze petits éléments Leclanché ou Gaiffe, ou dans l'appareil à piles humides n° 52 du catalogue Chardin ; j'ai à domicile employé les deux avec succès. Pour le premier, chaque élément comprend, charbon et zinc, eau aiguisée d'acide. L'appareil à pile sèche Chardin 55'B, 10 éléments, semble très transportable. Tous les pôles sont réunis en tension, c'est-à-dire le pôle charbon + est relié au pôle zinc —, de l'élément suivant, de telle sorte qu'aux extrémités de la batterie, on ait un pôle + charbon et un pôle — zinc, auxquels sont attachés les fils allant aux appareils d'application, qui sont dans le cas une plaque de la largeur de la paume de la main, *plaque gastrique*, recouverte de peau de chamois et un réophore *cervical* au charbon, également recouvert d'une peau de chamois ; mouillés, ces instruments d'application sont mis en contact avec la peau et font pénétrer le courant à travers elle, sans produire d'eschares, grâce à la peau de chamois qui garantit l'épiderme et le rend perméable au courant tout en l'humectant.

La plaque recouverte de peau de chamois est placée sur le creux gastrique.

Enfin, la machine électrique est mise en travail par l'entrée dans le circuit de un, deux, trois éléments, car la machine est ainsi faite qu'une manette ou qu'une petite targette indique le nombre d'éléments 1, 2, 3, 4, etc., mis en action progressivement et à volonté.

Il faudrait à la rigueur un galvanomètre, si l'on voulait constater le nombre de milliampères qui traversent le corps, de la région cervicale à la région gastrique ; mais avec une pile de faible quantité on peut s'en dispenser. En résumé, le médecin a, à sa disposition, une batterie terminée par un pôle + et un pôle — reliés à deux électrodes ; il met l'électrode + au cou, entre les deux branches du sterno-mastoïdien, l'autre électrode, la plaque, sur l'estomac et fait passer ses deux, trois milliampères pendant 4, 5, 10 minutes.

Ce sont les sensations du malade qui guident l'opérateur à défaut de galvanomètre. Si l'appareil en possède un, on peut lire sur le cadran le chiffre correspondant à l'aiguille. Si l'on possède une pile à courant limité, le mieux est de s'en rapporter à la sensation du malade.

La séance dure de 5 à 10 minutes en moyenne ; mais, plus le courant sera faible, plus la durée pourra être prolongée jusqu'à 15, 20 minutes. Les sensations qu'éprouve le malade sont diverses ; elles peuvent se distinger en 1° celles éprouvées au thorax, 2° celles éprouvées à l'estomac, 3° celles éprouvées au cerveau. Au bout de quelques instants le malade se sent plus calme,

la respiration plus facile, il perd cette dyspnée due à la dyspepsie, il étouffe moins et son cœur se régularise à tel point, que les palpitations dues aux mauvaises digestions en sont arrêtées. Un écart de 5 à 10 pulsations en moins, peut être obtenu par minute. Le cerveau alourdi par l'indigestion se dégage, et une légère propension au sommeil a lieu, le calme se produit a la tête et à la poitrine, pendant que l'activité vitale se concentre à l'estomac dont la fonction se rétablit.

Le retour de cette fonction se traduit par une sensation d'allègement, la disparition de la lourdeur, le retour de la digestion, ce que les malades traduisent par « *Ça passe...* je n'ai plus de *lourdeur*, de *plénitude* ». Le repas, qui mettait des heures à passer, se digère beaucoup plus facilement et relativement très rapidement.

Le courant est progressivement diminué, c'est-à-dire la manette ramenée à 0, après avoir diminué non pas brusquement mais lentement en 2 ou 3 minutes pour une séance de 15 minutes par exemple.

Quinze à vingt séances, ramènent une digestion normale, l'estomac s'habitue à reprendre ses fonctions, sous la simple excitation du repas; il n'a plus besoin d'une suractivité fonctionnelle artificielle, il a repris ses habitudes, sa force et sa faculté digestive, qui avait été modifiée, inhibée ou transformée par suite de causes pathologiques diverses.

La galvanisation *post-prandiale* est un des plus puissants facteurs du rétablissement du réflexe chlorhydro-pepsique de l'acte digestif et partant de la digestion.

Dr Hip. BARADUC.

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Association syndicale des Médecins de la Haute-Saône.

31 *Juillet* 1897

Présents : MM. Tournier, *Président* ; Goudot, *Vice-Président* ; Maussire, *Secrétaire* ; Schurrer, *Trésorier*.

Délégué des arrondissements : M. Miroudot.

Sociétaires : MM. Bedon, Dève, Perchet, Richard, Serrigny, (arrondissement de Gray).

MM. Boisson, Borneque, Dupont, Fournier (Henri), Jacquez, Spindler, (arrondissement de Lure).

MM. Coillot, Doillon, Hézard, Mouchotte, Mourlot, Pitoy, Racine, Vuillequez, (arrondissement de Vesoul.)

Absents et excusés : MM. Billotte, Burlet, Chané, Gauthier père, Grenet, Glorget, Gourdan-Fromentel, Juif, Nicolin, Signard.

M. le docteur Berthod, de Paris, assiste à la séance ainsi que Me Grillon, avocat, conseil judiciaire de l'Association.

Admissions et démissions

Sont admis : MM. Barthélemy, de Jonvelle; Causeret, d'Aillevillers ; Dreyfus, de Vesoul; Gauthier fils, de Luxeuil ; Helle, de Scey-sur-Saône ; Jeanpierre, de Marnay ; Sipp, de Port-sur-Saône Tondeur, de Faverney, Brusset, de Gray, Deck, de Faucogney ; Etienne, de Vauvillers ; Rebillard, d'Héricourt ; Vendrely, de Champagney.

M. le Dr Levrey est considéré comme démissionnaire.

Du discours du Président, nous extrayons les passages suivants :

Sociétés de secours mutuels.

Il est certain que nous ne pouvons songer à entraver la formation de ces sociétés : mais nous devons leur défendre absolument de se former dans le but de nous exploiter.

La première *règle absolue* est de *leur refuser tout abonnement.*

Quant au tarif à leur appliquer, il convient de faire une distinction entre ces diverses sociétés.

Les unes, les seules, du reste, dont je connaisse l'existence dans nos contrées, présentent un caractère incontestable d'utilité générale (sociétés d'instituteurs, de cantonniers, de pompiers, d'ouvriers, etc.) à celles-là nous appliquerons le tarif de la 3e catégorie de clients.

Quant aux autres, qui admettent des sociétaires plus ou moins fortunés, s'il venait à s'en constituer parmi nous, nous devrions taxer chaque membre d'après sa situation personnelle, quitte à faire sur la note collective une réduction de 10 à 15%, dans le cas où la société se chargerait du paiement des honoraires.

Dans aucun cas, il ne pourrait être fait de rabais au-dessous du tarif de la 3e catégorie.

Sociétés d'assurances sur la vie.

Le prix de 10 francs généralement admis pour les certificats fournis à ces sociétés est trop faible, depuis surtout que ces sociétés exigent l'examen des urines. Nous pensons que le prix de 15 fr. doit être exigé, après examen fait dans notre cabinet. En cas de déplacement nous aurons droit en outre à une indemnité calculée à raison de 1 fr. par kilomètre de distance entre notre domicile et celui de la personne à examiner.

Quand le déplacement consiste en une simple visite dans la localité, nous aurions droit à une indemnité supplémentaire de *deux francs.*

Compagnies d'assurances-accidents.

La plupart de ces Compagnies allouent 3 francs par certificat, soit un miminum de 6 francs par sinistre. Je pense que cette somme serait à peu près suffisante, s'il était bien entendu :

1° Que nous avons droit à des frais de déplacement, *ut suprà.*

2° Que cette somme de 3 fr. ne s'applique qu'à la constatation pure et simple, et qu'il sera bien spécifié dans les polices, que nous ne devons, pour cette somme, aucun soin aux blessés.

Plusieurs de ces Compagnies stipulent, en effet, que nous devons donner les *premiers soins* : mais s'il s'agit d'une luxation ou d'une hémorrhagie grave, par exemple, les premiers soins constituent à peu près à eux seuls tout le traitement.

Il est, du reste, à souhaiter que les Compagnies comprennent qu'il est de leur intérêt que leurs assurés soient bien et assidûment soignés ; que de journées d'indemnité, elles économiseraient s'il en était toujours ainsi !

Il serait donc bon, je crois, d'appeler leur attention sur ce point : elles pourraient, soit en élevant le taux des primes, prendre à leur charge les frais de traitement de leurs blessés, soit prélever sur l'indemnité due à ceux-ci, les honoraires du médecin. Les difficultés qu'elles pourraient rencontrer ne seraient pas insurmontables, si elles voulaient s'entendre pour prendre une mesure uniforme : j'en prends à témoin les sociétés de secours mutuels qui font plus encore avec des cotisations peu élevées.

Assistance médicale gratuite.

Au sujet de ce service je me bornerai à vous proposer une modification importante dans le mode de répartition des cotisations communales : il y a, en effet, une différence très notable entre les prix de la consultation suivant les communes. Ne pensez-vous pas qu'il serait plus équitable, et en même temps, plus facile de faire la répartition pour tout le département sur l'ensemble de ces cotisations, de manière à avoir un prix uniforme ?

Quant aux listes des indigents, les médecins continuent à les ignorer.

Loi Roussel.

Je me garderai bien d'oublier de vous parler de la *Protection des enfants du premier âge* : j'adjure ceux de nos confrères qui font partie du Conseil général, de faire tous leurs efforts pour obtenir l'application sérieuse de cette loi dans la Haute-Saône. Cette loi est excellente, je ne dirai pas parfaite : il lui manque au moins un article, celui qui la rendrait obligatoire par toute la France.

....

Notre Syndicat, Messieurs, doit veiller non seulement sur nos intérêts matériels, mais encore et *surtout*, selon moi, sur nos intérêts moraux.

C'est avec une profonde tristesse que nous devons constater que depuis quelque temps, le corps médical a subi de toutes parts des attaques imméritées : le Parlement, la magistrature, la presse, semblent s'être donné le mot pour jeter la déconsidération ou, du moins, pour amoindrir dans une large mesure la considération, dont il jouissait jusqu'alors et qui constituait, il faut bien le dire, le plus clair de son bénéfice.

Je n'entreprendrai pas de rechercher ici les causes qui ont pu concourir à cette défaveur ; je me bornerai à vous en indiquer une, parce que contre celle-là nous pouvons et nous devons efficacement réagir : je veux parler des mauvais procédés entre confrères.

Il est malheureusement certains médecins, qui, adoptant à la lettre et en la détournant de son sens véritable la formule célèbre de la *lutte pour la vie*, s'imaginent que tous les moyens sont bons pour arriver à leur but. Cette loi, à laquelle sont inexorablement soumis les animaux sauvages, ne saurait être invoquée par l'homme civilisé, dont le premier devoir est le respect des autres et de soi-même.

Eh ! Messieurs, si nous ne nous respectons pas nous-mêmes de quel droit pourrons-nous prétendre au respect du public !

On propose, pour remédier à ce mal, l'institution d'une Chambre de Discipline, d'un Ordre des médecins. Non, Messieurs, nous ne méritons pas encore (laissez-moi le croire) cette *faveur* ; que le législateur ne s'occupe pas de nous ; il a la main trop lourde pour nos faibles épaules ; et s'il nous *accordait* de créer un Ordre de médecins, ce serait indubitablement pour nous avoir un peu plus à sa discrétion.

Mais, Messieurs, ce qui serait une *honte* s'il nous était imposé par la loi, nous pouvons le réaliser de nous-mêmes, *librement*, *volontairement* et *honorablement*. C'est à cette intention que nous vous invitons à nommer une commission chargée de préparer la révision de nos statuts ; il s'agit surtout d'y insérer une sanction pratique et efficace qui en assure l'exécution.

Certes, il nous faut des réformes ; mais s'il n'est pas très difficile de les faire figurer dans des textes, il est bien moins aisé, mais aussi bien plus utile de les imprimer dans les cœurs.

Il le faut pourtant Messieurs, et je suis convaincu que nous y parviendrons. Mais pour cela, dès aujourd'hui, il faut bien se pénétrer de cette nécessité. Savoir faire l'abandon d'une partie de sa liberté pour être assuré de n'être pas opprimé par celle de son voisin, est la condition *sine quâ non* de toute société. Il faut être bien convaincus que si nous acceptons volontiers les avantages que notre Syndicat nous a déjà procurés et ceux, plus grands encore qu'il pourra nous procurer dans la suite, il est de *notre devoir, de notre dignité*, d'accepter, en échange, les charges qu'il nous impose. *Tous pour un, un pour tous* : telle doit être la devise de toute Association qui veut prospérer et j'ose espère, Messieurs, que vous l'adopterez.

Donc, plus de défaillances, plus de ces subterfuges pour rejeter sur le voisin les corvées qui, croyez-le bien, sont des corvées pour tout le monde : c'est un dérangement pour chacun de se rendre à une convocation ; pour chacun, faire une enquête sur la conduite d'un confrère est une mission particulièrement pénible ; mais pour ne pas reculer devant ces ennuis, que faut-il ? Il faut le *sentiment du devoir*, la *foi dans leur utilité !* Et depuis quand les médecins ont-ils pris l'habitude de récolter sans avoir semé ? En remplissant exactement vos *devoirs* envers le Syndicat, vous sèmerez, Messieurs, et vous ne tarderez pas à récolter.

Malgré les points noirs qui se montrent à l'horizon, nous pouvons éviter l'orage. Par *l'union*, nous sauvegarderons *nos intérêts matériels et notre dignité*. En aucun temps la profession médicale n'a été considérée, d'une manière générale, comme une source de richesses ; mais nous avons le droit comme chacun, de vivre de notre travail. Si nos anciens ne faisaient pas souvent fortune, ils amassaient du moins une ample provision de *respectabilité* : c'est un patrimoine sacré qu'ils nous ont légué, et que nous devons transmettre intact à nos successeurs.

La lecture de ce remarquable exposé est couverte d'applaudissements répétés.

Accouchements des assistées.

Vœu tendant à obtenir une somme de 25 francs pour service exceptionnel, à l'occasion des accouchements, à prélever sur la caisse des fonds centralisés en faveur des sages-femmes.

Un membre présente les observations suivantes :

« La loi du 15 juillet 1893 a assimilé les femmes en couches indigentes aux femmes malades et a rendu leur assistance obligatoire.

Pour assurer l'exécution de la loi, le réglement de l'assistance gratuite a prescrit le prélèvement de cinq centimes par habitant sur les ressources communales et accorde aux sages-femmes seules une allocation de 10 francs par accouchement.

S'il est admis que cette allocation soit légitime s'il est vrai que la sage-femme soit appelée plus particulièrement pour donner ses soins aux femmes indigentes ; quand la sage-femme est malade ou absente, quand l'accouchement sort de la voie normale, il est un devoir à l'accomplissement duquel le médecin ne doit pas faillir, ce devoir c'est de suppléer, c'est d'assister l'accoucheuse.

On commettrait une erreur grossière si l'on supposait que la sage-femme personnifie l'art obstétrical et si l'on n'accordait au médecin qu'un rôle illusoire ou effacé dans la pratique des accouchements. En ne faisant pas participer l'homme de l'art à la caisse des sages-femmes, le règlement s'est rendu coupable d'une injustice flagrante. En effet, on ne peut admettre sérieusement qu'un bon de visite qui équivaut à 3 consultations et qui ne peut produire dans certaines communes (à Vesoul par exemple), que la somme de 1 fr. 20, puisse rémunérer d'une manière convenable et les veilles passées près d'une accouchée et les services rendus qui se trouvent rehaussés souvent par le prix de déplacements onéreux.

Au nom d'un groupe de mes confrères, je viens, Messieurs, élever de nouveau la voix et protester contre l'oubli peut-être involontaire dont le corps médical a été l'objet.

La réclamation dont je suis chargé de saisir l'assemblée générale, semble devoir être accueillie

d'autant plus favorablement par les dispensateurs des fonds communaux, que la rémunération à laquelle on peut prétendre ne diminuera pas d'une manière sensible l'excédent de recettes sur les dépenses, constaté dans la caisse des sages-femmes.

En effet, l'excédent des recettes sur les dépenses, a été pour 1895 de 11.302 fr. 50 et celui de 1896, de 10.232 fr. 80.

En dehors de toute autre considération, la dignité du corps médical exige que l'omission qui a été signalée dans le réglement de l'assistance et qui met les médecins dans un état d'infériorité marqué vis-à-vis des sages-femmes, réclame une réparation équitable.

Si vous croyez, Messieurs, devoir émettre un vœu conforme aux observations qui précédent, ce vœu en consacrera la légitimité. »

L'assemblée syndicale, prenant en considération les faits ci-dessus exposés, proteste contre la non participation des médecins à la caisse des fonds centralisés en faveur des sages-femmes et met sa protestation sous la protection de ceux de ses membres conseillers généraux, à l'effet d'obtenir sur les ressources excédentes de cette caisse une somme de 25 fr. pour tout accouchement (simple ou compliqué) (1).

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Bibliographie. — Vient de paraître chez Rueff, 106, boulev. Saint-Germain, la 5e édition de la *Revue des médicaments nouveaux*, par C. Crinon, Directeur du *Répertoire de pharmacie*. Ce petit volume contient tous les renseignements nouveaux sur les nombreuses substances qui ont cherché récemment à se faire une place dans la thérapeutique.

— Vient de paraître à la librairie J.-B. Baillière et Fils, 10, rue Hautefeuille, (près du boulevard Saint-Germain), à Paris. *Lexique-Formulaire des Nouveautés Médicales*, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 336 pages, cartonné...... ..... 3 fr.

Le lecteur y trouvera l'analyse des travaux, l'exposé des découvertes et des théories les plus récentes en *pathologie générale*, en *anatomie* et en *physiologie pathologiques*, en *clinique* et en *thérapeutique médicales et chirurgicales*; l'indication des *nouvelles méthodes thérapeutiques*, des *nouveaux médicaments* et des *nouvelles opérations*.

L'habitude que l'on a prise de donner aux maladies les noms des auteurs qui les ont décrites, les dénominations multiples données à une même affection par des auteurs différents rendent la nomenclature médicale confuse, et la lecture des ouvrages de médecine souvent difficile. L'auteur a donné l'indication de toutes ces dénominations et synonymies.

Réouverture des cours de l'école Dentaire Française (Semestre d'été). — M. le Dr Rousseau, membre du Concours médical, Directeur de l'école Dentaire Française, 25 boulevard Saint-Martin, nous prie d'informer nos lecteurs que la reprise des cours théoriques et pratiques aura lieu le 18 avril, date fixée par la Faculté.

Mutualistes et médecins. — Sous le titre à effet : *Une grève de médecins*, le *Temps* publie l'entrefilet qui suit :

« On nous écrit de Tarbes :

Depuis quelque temps, un conflit s'est élevé entre les sociétés de secours mutuels de Tarbes et de la banlieue et le syndicat médical des Hautes-Pyrénées.

Dans une réunion, provoquée par la Fédération des sociétés de secours mutuels, le président a fait connaître que les médecins de la ville de Tarbes et de la banlieue, réunis en syndicat, se refusaient dorénavant à continuer leurs bons offices aux sociétés moyennant le prix d'abonnement de 5 francs par sociétaire, qu'ils appliquaient depuis dix ans. Actuellement, ils exigent la stricte application du règlement spécial intervenu entre eux et les sociétés en 1875, c'est-à-dire : 1° un abonnement de 10 fr. par membre inscrit sur les contrôles de la société, et par veuve en faisant partie; 2° payement, en dehors de l'abonnement, des soins donnés pour toutes opérations de petite ou grande chirurgie, et pour soins donnés en visite de nuit.

Les mutualistes trouvent ces conditions excessives. Ils refusent de consentir un abonnement supérieur à 8 francs. »

Eh bien, mais, si les conditions d'abonnement répugnent tant que cela aux mutualistes de Tarbes, qu'ils adoptent le tarif commun, et s'épargnent le marchandage et la mendicité qui leur aliènent toute sympathie. — Sur quoi donc basent-ils leur prétention à imposer des conditions? — Nous savons assez ce que sont les situations médicales dans cette région, pour encourager nos confrères à ne pas céder un *iota*.

Limite du droit des maires en matière de prophylaxie. — Un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 18 mars dernier, reconnaît aux maires le droit d'user des mesures de police en vertu de la loi de 1881 envers les propriétaires qui auraient négligé de prendre les précautions commandées par la présence chez eux de contagieux en traitement; mais il leur interdit d'empêcher les propriétaires de recevoir chez eux des personnes affectées de tuberculose ou d'autre affection contagieuse.

La réclame médicale par les journaux en Russie. — La Société de secours mutuels des médecins de Saint-Pétersbourg (2000 membres) vient de décider que les annonces permises aux médecins, dans les journaux de leur résidence, ne doivent mentionner que le nom, l'adresse et la spécialité, et que tout ce qui a le caractère d'une réclame ou d'une offre de secours médical, est absolument interdit.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4263.— M. le docteur Truchon, d'Ambérieu-en-Bugey (Ain), présenté par M. le Directeur.

N° 4264.— M. le docteur Bard, de Belmont (Loire), présenté par Monsieur le docteur Barbat, de Charlieu.

(1) Le conseil général dans sa séance du 20 août dernier, sur la proposition du rapporteur de la 2e commission, le Dr Hizard, a voté une somme de 15 fr. par accouchement simple et un autre de 25 fr. par accouchement compliqué.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 17 23 Avril 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Association générale des médecins de France.

Les séances de l'Assemblée ont présenté un intérêt particulier. La loi nouvelle sur les Sociétés mutuelles amènera, dans un délai de deux ans, des modifications dans les statuts de notre Société de secours-mutuels et de prévoyance et 1898 consacre un nouveau succès des idées du *Concours médical*.

En effet, en 1888, nous avons publié, au journal, le passage suivant d'une communication de M. Cézilly à l'Association de l'Oise : « *L'heure est venue, disait-il, pour l'Association générale, de ne plus capitaliser toutes ses ressources annuelles et de créer des pensions viagères prises sur des revenus toujours croissants et bien assurés*, etc... »

Pour assurer une pension de 800 fr., il faut immobiliser définitivement 26.000 fr.

Cette année 1898, au lieu de 9 pensions, les Sociétés locales en réclament 18. Donc il aurait fallu immobiliser pour les constituer 480.000 fr. (un demi-million). Tandis qu'en les prenant sur les revenus, on servira cette année les 18 pensions avec 14.400 fr.

Nous avons eu la bonne fortune, cette année, d'entendre la lecture du rapport de M. Lereboullet, qui a déclaré s'approprier notre proposition de 1888, et l'Assemblée a ratifié cette conversion.

Les Assemblées générales précédentes avaient combattu l'idée du *Concours* avec une énergie qui n'a eu d'égale que la facilité, l'unanimité avec laquelle nos *pensions de revenu* ont été, lundi 18 avril, votées au lieu et place des *pensions de capital*. Le champ bienfaisant de l'Association devient ainsi prodigieusement accru et nous sommes heureux de voir, encore une fois, triompher nos idées pratiques. Peu à peu, elles font leur chemin ; nous avons introduit, à l'Association, les Syndicats, la Caisse des veuves et orphelins, les pensions de revenu. C'est d'un heureux augure pour l'avenir.

L'Assemblée a pris encore de bonnes mesures : elle a décidé de faire une nouvelle enquête sur l'*Ordre des médecins* ; de solliciter *le droit à une contre-expertise*, lorsqu'un médecin est mis en cause à l'occasion de l'exercice de sa profession ; elle a indiqué des réformes à la confection de l'*Annuaire*, etc... Nous reviendrons sur les vœux exprimés.

Société civile du Concours Médical.

Séance du 17 avril 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat, Jeanne.
Excusé : M. Gibert.

M. Maurat entretient le Conseil des démarches qu'il a faites près de la Compagnie *Le Phénix*, au sujet de la caisse des veuves et orphelins, en conséquence de la résolution prise à la dernière séance. Après examen de la combinaison indiquée et en présence de difficultés qui rendraient la réalisation fort aléatoire, le Conseil estime qu'il y a lieu d'ajourner les pourparlers.

Le Conseil décide qu'il adressera ultérieurement à M. le Dr M. l'avis motivé qu'il réclame et qui doit être produit dans un débat judiciaire.

Un confrère a demandé l'appui du Concours en vue de la création d'un Institut Marin. Il lui est répondu que son projet pourra être soumis à la Commission des établissements spéciaux, dès que les détails en seront précisés, et que l'avis de cette Commission guidera la Société.

Le Syndicat de R... demande s'il est permis au médecin, sans tomber dans la faute déontologique, de faire imprimer en tête de ses ordonnances la qualité de spécialiste, quand il pratique surtout la clientèle ordinaire. Le Conseil répond que la chose ne lui paraît pas être une

réclame prohibée par la dignité professionnelle, si le confrère a vraiment un penchant ou des aptitudes pour cette spécialisation.

M. le Dr Nollet demande de préciser les revendications du corps médical à faire valoir près des candidats pendant la période électorale, suivant la pensée qui a dicté le *Propos du jour* du n° 14.

Le Conseil, guidé par la même idée, en a préparé l'étude, et, après discussion, détermine de la façon suivante

La Plate-forme électorale des médecins.

Il élimine d'abord les questions qui sont du ressort, à peu près exclusif, de l'initiative et de la solidarité professionnelles, qui ne regardent guère le Parlement, et feraient couler en pure perte l'eau bénite de cour.

Ainsi, les lois sur les Sociétés de Secours mutuels, sur les accidents du travail, sur le travail des enfants sont aujourd'hui votées. C'est à nous seuls, qu'il appartient de régler désormais, d'après les principes qu'elles consacrent, nos rapports avec ceux qu'elles visent.

La loi Chevandier et la loi d'assistance nous mettent aussi en présence du fait accompli. Nous n'avons qu'un engagement formel à demander aux candidats, à ce sujet : c'est celui de les faire respecter, en ne reculant ni devant les *démarches*, ni même devant les *interpellations*, quand, au mépris de nos droits, on refuse l'application, comme cela se passe en matière d'exercice illégal par exemple, ou encore dans l'organisation des services départementaux d'assistance.

L'intervention des pouvoirs publics dans la création d'un Ordre des médecins est si unanimement redoutée, qu'il convient de n'en jamais parler au cours de la période électorale, alors même que les médecins d'une région seraient tous d'accord (ce qui est peu probable) pour souhaiter la réalisation de ce projet.

Ces points écartés, le Conseil se trouve en présence des questions qui seront inscrites à l'ordre du jour de la future Chambre ou qu'il souhaite d'y faire inscrire.

Il les divise en trois catégories.

La première comprend celles qui, dictées par la pure préoccupation de l'intérêt général de la société, réclament des solutions promptes, sans que l'on y tienne *trop* de compte de l'intérêt particulier du médecin. Elle vise la lutte acharnée : 1° contre l'alcoolisme, 2° contre la tuberculose, 3° contre la dépopulation. Tout candidat qui brigue les suffrages du corps médical doit jurer de mettre au service de ces causes, en toute circonstance, son initiative ou son appui. Il restera d'accord avec ses mandataires, en poursuivant ce but, même au prix de quelques atteintes portées aux ressources ordinaires du praticien.

Dans la seconde catégorie, rentrent les desiderata où l'intérêt particulier du médecin semble primer l'intérêt général, *si on ne regarde pas les choses de près*. Ces desiderata se résument dans la *diminution des impôts professionnels*. Si nous acceptons le maintien de la patente du médecin au tableau D, en principe, nous n'en réclamons pas moins, comme un dû, le dégrèvement de tous nos moyens de locomotion (comme on l'a spontanément fait pour la bicyclette), parce que nous les mettons sans cesse au service de nos actes de médecine publique, pour lesquels nous ne recevons que des rétributions dérisoires, vu le temps, le savoir, et le dévouement dépensés. — D'autre part, quand certains médecins, comme ceux des stations thermales, voient leur clientèle disparaître totalement, et sont réduits à l'inaction pendant six mois, il est inadmissible que la patente les poursuive dans un local où ils n'exercent pas. — C'est donc demander la justice que de faire prendre aux candidats des engagements sur ces points.

La troisième catégorie de questions comprend les plus importantes pour nous ; ce sont celles où l'intérêt public ne se sépare en rien de l'intérêt particulier du corps médical.

Le premier réclame, par exemple, le *développement de l'hygiène et de l'assistance*. Mais on ne conçoit pas ce développement sans le concours du médecin, comme l'agent le plus indispensable, et si l'on veut mettre celui-ci à même de fournir tout ce concours, il faut le rétribuer. Conclusion : « Quand vous voterez des « lois, dont l'exécution nous est confiée, il faut « vous engager, Messieurs les Députés futurs, à « faire ouvrir le crédit nécessaire pour nous in« demniser de nos peines, et ne pas laisser ce « soin à d'autres budgets sur lesquels vous n'a« vez pas, ensuite, la haute main. Que les expé« riences déplorables de la loi de 1893, et de la « loi Roussel, vous suffisent. Et en faisant cette « observation nous songions au projet de loi sur « la *protection de la santé publique*, qui vous sera « soumis quelque jour, et en vue duquel nous « demandons d'avance des garanties. »

L'intérêt général exige de même que nos concitoyens ne puissent, à leur insu et sans avertissement, s'alcooliser et s'intoxiquer avec tout l'arsenal de spécialités thérapeutiques que prône la 4e page des journaux politiques, des journaux de mode, des revues illustrées ou non : il veut encore que chacun soit protégé, non seulement contre l'escroquerie par la publicité des Sociétés financières suspectes (la Chambre qui nous quitte y a songé), mais encore contre celles des faux instituts, des Drs Zed et Hix qui signent les consultations-réclames dans des feuilles de toute sorte. — Le médecin, qui voit chaque jour les déplorables résultats de ces pratiques, a le droit d'exiger de ses représentants qu'ils y mettent un terme, par une loi qui consacrerait le principe suivant, déjà appliqué en Russie et ailleurs : « *La publicité qui a pour objet la thérapeutique et les substances médicamenteuses ne doit chercher a atteindre que le médecin et le pharmacien.* » Elle serait ainsi réservée au journaux de médecine et de pharmacie, gardant la seule place qui lui convienne. Ainsi également disparaîtrait le prospectus meurtrier qui, caché au fond de la boîte, crée l'abus de la panacée, et pratique l'exercice illégal de la médecine sur une échelle incroyable. L'intérêt du médecin se trouverait donc d'accord avec l'intérêt public pour réclamer la suppression de cette malsaine concurrence.

C'est toujours par satisfaction à l'intérêt général que, loin de lui opposer des incompatibilités, il convient de faire participer le médecin à la direction des œuvres d'assistance dont il est l'agent, hôpitaux, hospices, bureaux d'assistance, etc.

La loi sur la pharmacie qui vient d'être pro-

mulguée se borne à supprimer le diplôme de 2e classe. Par elle, le gros danger qui menaçait les médecins de campagne fournissant des médicaments à leurs malades, se trouve à peu près écarté. C'est peut-être le seul avantage sérieux que présentait, pour le corps médical, le redoutable projet sur lequel a porté cette heureuse disjonction. Aussi le Conseil de Direction estime qu'il convient de réclamer désormais l'abandon de ce projet et de s'en tenir à la loi de Germinal, sans courir le risque de nouvelles aventures parlementaires.

L'intérêt de l'armée, et par conséquent du pays tout entier, exige que le médecin, appelé à servir en cette qualité le jour de la mobilisation, soit préparé à cette importante mission spéciale. A cette heure, il ne l'est pas, et ne saurait l'être par l'année de service accomplie comme soldat, et par les quelques conférences qu'il entend pendant les 28 jours et les 13 jours. Il ne peut l'être que si, appelé sous les drapeaux, il consacre son année à apprendre, en qualité de stagiaire, les devoirs du médecin militaire qui lui seront imposés. Ceci est encore l'évidence même, et il faut qu'elle soit constatée par nos futurs mandataires.

En vue du succès des efforts tentés par *la loi Roussel*, le Parlement peut rendre un grand service que signalait dernièrement M. le Dr Marcel Baudouin. — La *suppression de l'emploi du biberon à tube* ne sera jamais réalisée, dans certaines régions, par les seuls médecins inspecteurs qui avouent leur impuissance. Mais les députés peuvent obtenir *que la fabrication de cet engin destructeur soit interdite*; réclamons donc d'eux une intervention catégorique sur ce point. Ce détail qui peut sembler mesquin a des conséquences capitales, et le Conseil se ferait scrupule de ne pas le signaler ici.

Le Conseil croit devoir borner là l'exposé des desiderata des médecins, pour la législature qui va commencer. Celle-ci compterait parmi les plus fécondes en progrès accomplis dans l'intérêt général, si elle parvenait à réaliser ce programme.

Mais il estime que des devoirs particuliers incombent aux *candidats-médecins*, et qu'il y a lieu d'exiger d'eux la promesse de les remplir.

C'est d'abord la reconstitution immédiate du *groupe médical extra-parlementaire*, dont la composition devra être communiquée aux journaux de médecine, avant les grandes vacances ; qui se constituera un Bureau et une Commission permanente, et qui fera passer ses convocations, ordres du jour, et procès verbaux, par la presse médicale.

C'est ensuite l'obligation, pour chaque médecin-député, de faire partie de ce groupe, d'en suivre assidûment les séances, d'en provoquer la réunion toutes les fois que parvient à sa connaissance un fait réclamant intervention.

C'est encore, pour ce groupe, l'obligation de se tenir à la disposition des diverses Sociétés médicales qui réclament son concours pour des revendications professionnelles, et de déléguer des membres à leurs grandes réunions, dont la date lui sera communiquée.

Ainsi l'action du corps médical sera assurée d'une façon permanente, dans l'enceinte législative, pour le grand bénéfice du pays qui préoccupe beaucoup plus les médecins que leur intérêt personnel.

Association Amicale pour l'indemnité-maladie.

Séance supplémentaire du 17 *avril* 1898.

Présents: MM. Cézilly, Gassot, Maurat, Jeanne.
Le Secrétaire général expose qu'il a reçu, trop tard pour qu'il y fût donné suite, à la réunion de mars, sept demandes et dossiers d'admission, et qu'il y aurait intérêt pour l'Œuvre et les intéressés, à prononcer aujourd'hui, s'il y a lieu, l'admission de ces retardataires en nombre relativement élevé, de façon qu'ils puissent être inscrits à la date du 1er avril, et éviter la perte de la participation pendant un trimestre.

Le Conseil, tout en regrettant une fois de plus que nos confrères provoquent, par une négligence exagérée, un certain trouble dans la marche régulière de la Société, prononce les 7 admissions suivantes :

Combinaison A.

MM. Marcailhou d'Aymeric (Blidah, Algérie).
Laurent (Englefontaine, Nord).
Chanel (Tarare, Rhône).

Combinaison B.

MM. Guihal (Chapelle Basse-Mer, Loire - Inférieure).
Greuet (Maisons-Laffitte, Seine-et-Oise).
Vincens (Nice, Alpes-Maritimes).
Boisumeau (Paris).

Le Secrétaire,
Dr JEANNE.

Le Sou Médical.

Séance du 17 *avril* 1898.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne.
Après avoir fait connaître les appréciations enthousiastes qu'il continue de recevoir au sujet de l'Œuvre nouvelle, M. le Président invite le Secrétaire général à donner les noms des adhérents reçus depuis quelques jours.

Ce sont ceux de :

MM. Bouvier (Grand-Fresnoy, Oise).
Bardy (Belfort).
Barrabé (Domfront, Orne).
Jacob (Bizerte, Tunisie).
Arnaude, (Montfort-en-Chalosse, Landes).
Good (Thermes d'Enghien, S.-et-O.)
Massart (Honfleur, Calvados).
Ganivet-Desgraviers (Mausle, Charente).
Marchadier (Lussac-les-Châteaux, Haute-Vienne).

MM. Bardy, Good et Marchadier acceptent de remplir les fonctions de dizainier.

D'autre part, plusieurs des dizainiers institués antérieurement, informent qu'ils ont déjà recruté des adhérents dont ils enverront les noms.

M. le Trésorier fait connaître qu'il a préparé des instructions concernant la façon d'opérer les recouvrements. Ces instructions seront publiées ultérieurement, ainsi que celles adressées aux dizainiers par le Secrétaire général.

Le Président donne connaissance de trois affaires fort intéressantes qui sont du domaine d'action du *Sou Médical*.

La première concerne le *droit pour le médecin d'hériter de sa femme à laquelle il a donné ses soins*. M. le Dr G., adhérent des premiers jours, se borne à réclamer pour ce litige, le concours

de M. Gatineau, conseil judiciaire. Le Conseil décide que ce concours sera accordé.

La seconde est une question de responsabilité médicale, née de la non-indication d'une dose dans une préparation, dont la formule n'est pas insérée au codex, et suivie d'accident. Le Conseil, se rendant au désir de M. le Dr M., lui fera parvenir la consultation qu'il sollicite pour établir ses moyens de défense.

La troisième intéresse M. le Dr X. dont le cas a été exposé à la correspondance du no 14, et qui, chargé de famille, a prolongé, jusqu'au bout de ses ressources, la lutte la plus méritoire dans un poste trop insuffisant. Le Conseil, approuvant les démarches faites spontanément par son Président, détermine les conditions dans lesquelles le *Sou médical* pourra s'employer au mieux des intérêts du confrère, et d'accord avec le Syndicat et la Société locale de la région, qui désirent s'associer à ses efforts. Il remercie les confrères, qui ont répondu à l'appel fait dans la correspondance du journal, prouvant ainsi, dès la première occasion, l'utilité et la force du *Sou médical*.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum antitoxique de la fièvre typhoïde.

La nouvelle découverte du Pr Chantemesse, de l'Institut Pasteur, est actuellement l'objet de toutes les conversations médicales et mondaines. Ajoutant un nouveau fleuron à la couronne de gloire du « Pastorianisme », l'éminent collaborateur du Maître croit être en possession d'un sérum antityphique, analogue au sérum antidiphthérique. C'est le Congrès d'hygiène de Madrid qui vient d'avoir, jeudi dernier, la primeur de cette communication. Espérons que cette découverte est aussi sérieuse que celle de MM. Behring et Roux et que cette précieuse victoire contribuera à raviver le prestige de la France qui avait paru s'effacer à Moscou en 1897. Buda-Pesth a vu les débuts du sérum antidiphthérique en 1895, Madrid, ceux du sérum antityphique en 1898. Puisse Paris voir ceux du plus désiré des sérums, le sérum antituberculeux, aux grands congrès de 1900 !

M. Chantemesse étudie la fièvre typhoïde depuis de longues années : il a préparé déjà bien des sérums immunisants de cultures de bacille d'Eberth, mais ce n'est que depuis quelques mois qu'il est parvenu à préparer un sérum réellement antitoxique, injectable à l'homme infecté par le bacille d'Eberth, et susceptible de faire cesser, en quelques heures les symptômes les plus alarmants, hyperthermie, délire, diarrhée, prostration.

Plusieurs doses renouvelées, sont parfois nécessaires pour amener la guérison complète ; mais jusqu'à présent, on ne saurait déterminer exactement leur nombre indispensable, leurs indications et leurs contre-indications, la découverte étant trop récente. Espérons en l'avenir et n'oublions pas qu'on n'en est encore qu'à la phase d'étude et de tâtonnement ; ne nous précipitons pas et n'employons encore, dans notre clientèle que la classique méthode des lotions, des bains froids, des purgatifs, des toniques et des antiseptiques intestinaux. Aux hommes de laboratoire et aux cliniciens de l'hôpital, à fixer la technique et les indications.

Le traitement des hématémèses par le sous-nitrate de bismuth.

M. le Dr *Cousturier* nous prie de rappeler à nos lecteurs qu'un des meilleurs traitements des hématémèses consiste à administrer à larges doses du sous-nitrate de bismuth (20 à 30 grammes en quelques heures). « Ce traitement a réussi, nous écrit-il, alors que tout avait échoué jusqu'à cet essai. L'effet est rapide et remarquablement stable.

On peut lire dans la Pathologie interne de Monneret. « On porte donc dans l'estomac, le plus rapidement possible, des boissons glacées, acidulées et une quantité notable de bismuth, vingt à trente grammes, divisés en trois ou quatre paquets, et administrés toutes les heures, puis toutes les deux heures... Etc. On a préconisé tous les astringents, les sels de fer, l'ergotine. Le sous-nitrate nous paraît bien autrement actif et facile à manier. »

Traitement de la coxalgie.

D'après M. le Dr *Ménard*, de Berck-sur-Mer, voici comment on peut comprendre la direction générale du traitement de la coxalgie :

Le repos de l'articulation est le moyen local le plus propre à ralentir et à limiter l'action destructive de la tuberculose. Il doit être assuré par l'attitude couchée, par l'extension continue, par les appareils immobilisateurs, pendant toute la durée de la maladie elle-même.

L'abcès non encore ouvert aseptique doit être traité par les injections modificatrices ; cette méthode convenablement suivie procure une très large proportion de guérisons, en même temps qu'elle permet d'éviter presque toujours l'infection pyogène. La crainte de cette dernière complication lui fait rejeter le curettage, limité à l'abcès et surtout le drainage.

Dans les cas exceptionnels, où la méthode des injections longtemps appliquée s'est montrée impuissante, la résection sus-trochantérienne, complétée par un curettage intégral, lui a procuré une série de succès rapides. Cette intervention large et rationnelle doit être préférée au curettage partiel, qui ne modifie pas la partie articulaire du foyer tuberculeux.

Lorsque la hanche tuberculeuse se trouve envahie par l'infection pyogène, la gravité de l'affection et les difficultés du traitement se trouvent considérablement augmentées.

On doit faire tous ses efforts pour éviter cette infection. C'est pourquoi, en présence de malades chez lesquels elle lui semblait inévitable à bref délai, il a tenté la résection aseptique, complétée par le curettage. L'expérience lui a démontré qu'on pouvait en pareil cas obtenir une guérison rapide, alors qu'une complication grave était imminente.

Lorsque l'infection pyogène de la coxalgie est effectuée, on ne doit pas intervenir toujours et de suite, parce que la guérison peut se faire spontanément, en particulier chez les sujets très jeunes et dans la coxalgie ancienne.

Ce serait une faute inverse, d'attendre, pour intervenir, que l'ostéomyélite chronique de l'os

iliaque, effet de la suppuration invétérée, soit venue opposer un obstacle difficilement surmontable à tous les moyens de traitement.

Pratiquée à temps, la résection, qui est actuellement en défaveur, parce qu'elle a été abusivement appliquée aux périodes précoces de la coxalgie, a fourni des résultats très encourageants. Elle doit être pratiquée économiquement. La résection sous-trochantérienne n'a que ces indications tout à fait exceptionnelles.

Il est juste d'ajouter que le succès du traitement local est manifestement favorisé par les conditions spéciales dans lesquelles les malades se trouvent placés au bord de l'océan. Ils vivent autant que possible au grand air. Ceux qui sont couchés passent la journée sous la tente durant la belle saison. Les malades de la ville sont promenés dans des voitures de malades aussi bien l'hiver que l'été.

Pour juger de l'influence heureuse du séjour au bord de la mer sur l'activité des principales fonctions organiques, il suffit d'établir superficiellement une comparaison entre l'aspect florissant de la plupart des malades de Berck, même de ceux qui sont gravement atteints, et l'état anémique des malades analogues, qui séjournent dans les hôpitaux urbains et même à la campagne.

Les révulsifs chez l'enfant.

D'après M. le Dr *Derecq*, d'Ormesson, les révulsifs appropriés à la sensibilité naturelle des téguments de l'enfant et d'une action suffisante, sont peu nombreux. Cependant le clinicien aurait tort de ne pas y avoir recours dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Ils agissent d'une façon très salutaire, comme dérivatifs, en combattant la congestion interne, la localisant le plus souvent et supprimant les fonctions de la peau momentanément.

Ils ne doivent jamais déterminer de sensibilité durable, ni de solution de continuité de la peau, afin de pouvoir être employés quotidiennement, aussi longtemps que leur usage est indiqué.

Au premier rang, nous conseillons les petites ventouses sèches 6, 8, 10, posées tous les cinq jours ; elles permettent dans l'intervalle des frictions d'essence de térébenthine *légèrement faites*.

La teinture d'iode créosotée peut être employée en badigeonnages. On aura soin de ne pas étendre ce mélange plus de deux jours de suite, sur la même place.

On pourra alors prolonger son usage sans déterminer de phénomènes douloureux.

Ce mélange de teinture d'iode et de créosote, par parties égales, en plus de la révulsion qu'il détermine, se trouve absorbé d'une façon appréciable et utile.

Il faut surtout proscrire l'apposition d'ouate après ces révulsions. Deux ou trois épaisseurs de papier de soie suffisent à isoler la peau des vêtements et n'ont pas le grave inconvénient d'exciter une transpiration locale dangereuse.

Le papier se plisse et disparaît de lui-même, pour ainsi dire, et, chose importante, n'est pas susceptible de laisser des déchets malpropres sur la peau.

Les vésicatoires ont quelquefois leurs indications, mais plus rarement. Ils débilitent et ne peuvent être renouvelés aussi fréquemment que pour l'adulte, qui supporte très bien d'étroites bandelettes posées successivement.

Les cataplasmes sinapisés sont plus indiqués dans le traitement des affections aiguës. Les pointes de feu n'offrent aucun avantage ; elles effraient et démoralisent souvent les petits malades.

L'huile de croton et le thapsia qui occasionnent une urtication très pénible, ont de multiples inconvénients, que ne compense aucun avantage.

La digitaline.

M. le Dr *Alb. Destribats*, de Bordeaux, a consacré sa thèse à l'étude de la digitaline, alcaloïde principal de la digitale. Il y a deux sortes de digitalines : la digitaline amorphe et la digitaline cristallisée.

Cette dernière, la digitaline cristallisée semble donner les meilleurs résultats thérapeutiques. La solution au millième préconisée par M. Huchard et administrée à la dose de 20 à 50 gouttes pendant un ou deux jours au plus, est d'un emploi plus sûr et plus facile que les granules et les injections hypodermiques.

Le traitement par la digitaline doit être précédé de l'institution du régime lacté et de l'administration d'un purgatif drastique faisant de la dérivation intestinale.

Son action est double : elle agit à la fois sur le cœur, dont elle remonte l'énergie, diminue les pulsations et régularise le rythme, et sur le rein en amenant la diurèse.

On devra donc prescrire la digitaline dans toutes les affections où il y a affaiblissement de la contractilité cardiaque, diminution de l'énergie ventriculaire, diminution de la tension artérielle et augmentation de la tension veineuse, amenant consécutivement la diminution dans l'émission des urines. On la proscrira dans l'insuffisance aortique et dans certaines formes de l'artério-sclérose, qui s'accompagnent d'hypertrophie ventriculaire et d'excès dans la tension artérielle.

Dans le cours d'une maladie de cœur, la digitaline ne doit s'administrer que quand cette affection est arrivée au stade d'hyposystolie.

M. Destribats préfère la digitaline à la digitale en infusion ou en macération : c'est, en effet, l'idéal de la thérapeutique que de tendre à employer le plus possible les médicaments simples et purs, dégagés de tout ce qui les accompagne dans les plantes et qui n'a pas d'action efficace.

Toutefois, nous ne partageons pas son avis en ce qui concerne la digitale et la digitaline. Car, dans bien des cas, nous avons vu la digitale donner des résultats excellents, alors que la digitaline ou, tout au moins, la préparation fournie par le pharmacien sous le nom de « digitaline » cristallisée au millième, n'avait rien donné du tout.

Moyens pratiques d'améliorer les petits logements.

M. *Baudran*, secrétaire du conseil central d'hygiène de l'Oise, a fait au congrès de Madrid, une intéressante communication sur les moyens d'améliorer les petits logements ouvriers ou agricoles. Ces moyens peuvent être ainsi formulés :

1° Suppression de l'entrée directe de la rue dans les pièces. Etablissement d'un couloir, d'un tambour ou d'un vestibule. — 2° Contre l'humidité, reprendre les murs en sous-œuvre et faire des chaînes de briques bien cuites, jointes au portland et reposant sur une couche isolante d'ardoises pilées. — 3° Carreler la cuisine et la peindre à l'huile. — 4° Fermer les escaliers intérieurs pour éviter le transport des émanations de la cuisine à l'étage supérieur.— 5° Placer, en hiver, le poêle dans la salle à manger,la cuisine servant de débarras. Tout le rez-de-chaussée se trouve ainsi chauffé. — 6° Recueillir les eaux ménagères dans un seau et les répandre loin des sources ; les ordures dans un récipient que l'on videra sur la fosse à fumier étanche, placée loin de l'habitation. — 7° Pour les vidanges, employer les fosses mobiles, désinfectées avec des cendres ou du charbon. —8° *a*) Eau. Sur les plateaux, se servir de deux sortes d'eau : l'eau de pluie pour les usages domestiques ; celles des sources pour l'alimentation. Pour y arriver, recreuser les puits jusqu'à une nappe constante et pure ; les cimenter jusqu'à une certaine profondeur. La distribution peut s'en faire soit avec le concours des usiniers, soit par des moteurs. En cas d'absolue nécessité, créer des sources artificielles. Pour l'alimentation des bestiaux seuls, créer des mares entourées de murs et d'arbres à haute venue. Les nettoyer lorsque la vase aura atteint le tiers ou la moitié de la profondeur. Y interdire formellement le lavage du linge. *b*) Dans les vallées, amener l'eau par des béliers hydrauliques ou les pentes naturelles, dans une canalisation convenable, ou encore forer des puits artésiens. Eviter de puiser dans le voisinage d'un lavoir ou d'un abreuvoir. — 9° Eloigner les animaux de la demeure. Faire coucher les valets à proximité des bestiaux, mais dans un endroit distinct. Les étables, écuries devront être plus vastes, mieux aérées, cimentées. Les produits liquides seront évacués à la fosse étanche et la litière changée souvent. — 10° Entretenir tous les bois des bâtiments d'exploitation avec du carbonyle. — 11° Lessiver et sécher en dehors de la maison. — 12° Eviter de conserver les débris du travail, d'accoler les lapinières, poulaillers aux murs de la maison. — 13° Propreté partout et toujours.

TRAVAUX ORIGINAUX

Guérison de l'Ophtalmologie purulente par le protéinate d'argent (Protargol)

Par le Dr A. Darier (1).

Le 11 janvier dernier j'ai présenté une étude détaillée sur les différents sels d'argent nouvellement introduits en thérapeutique oculaire et présentant de réels avantages sur le classique nitrate d'argent. Je terminais mon travail en parlant d'une nouvelle combinaison d'argent à base de protéine, que le premier j'avais appliquée avec succès au traitement des affections sécrétantes de la conjonctive. Malheureusement mes expériences étaient encore trop peu avancées pour me permettre de tirer des conclusions nettes et absolues.

(1) In Clinique ophthalmologique 1898, n° 6.

Aujourd'hui, je puis être plus affirmatif, je puis même dire que nous sommes enfin en possession d'un antiseptique capable de guérir rapidement l'ophtalmie purulente, moyen d'autant plus efficace qu'il s'adresse plus spécialement à la forme la plus grave, la plus virulente, celle qui est due au gonocoque, d'autant plus actif qu'il est employé en solution plus concentrée et que son application est plus fréquemment répétée... et point capital qui fera de cet agent un spécifique incomparable, c'est qu'il n'a pour ainsi dire aucune action caustique ou corrosive. Jamais on n'aura à craindre d'avoir employé une dose trop forte ; donc jamais on n'aura de ces catastrophes déplorables, provoquées par des cautérisations trop énergiques à la pierre infernale.

Certes, je ne voudrais pas faire le procès du nitrate d'argent ; nous devons avoir, pour ce produit, la reconnaissance que nous devons à un vieux serviteur qui nous a rendu, pendant de longues années, des services signalés, malgré ses défauts avec lesquels nous avions fini par nous familiariser. Mais c'est aux débutants, à ceux qui ne connaissent pas encore le maniement délicat de cet agent,caustique au plus haut point, qu'il faut demander leur opinion à ce sujet. — Beaucoup d'entre eux nous répondront que c'est une épée à deux tranchants qui peut faire autant de mal que de bien.

Que d'ulcérations cornéennes, que de productions de fausses membranes conjonctivales ont eu pour cause réelle des cautérisations trop énergiques ou intempestives !

Eh bien ! ces inconvénients n'existent plus avec le protéinate d'argent. Les solutions de ce sel forment un mucilage d'autant plus onctueux qu'elles sont plus concentrées. Appliquées sur les muqueuses, elles sont très peu irritantes ; comme elles ne coagulent pas les albumines, pas plus qu'elles ne sont précipitées par le NaCL des liquides organiques, elles imprègnent et pénètrent les cellules épithéliales, portant, jusque dans la profondeur des tissus, l'action bactéricide des préparations argentiques. Le nitrate d'argent, au contraire, appliqué sur la conjonctive, produit une destruction de l'épithélium, en même temps qu'il est précipité de ses solutions, ce qui limite son action à la superficie des muqueuses.

Inutile de dépeindre les douleurs produites par les solutions fortes de nitrate d'argent; elles ne sont surpassées que par celles que provoque l'application du sulfate de cuivre.

Même en solutions très concentrées (50 %) le Protéinate d'argent mis en contact avec la cornée,ne produit pas le moindre trouble même superficiel. Le malade en sent à peine l'application et ce n'est que quelques minutes plus tard, qu'il éprouve une cuisson plus ou moins forte, supportée facilement, même par des enfants délicats.

Cette douleur est si minime que j'ai complètement renoncé aux instillations préalables de cocaïne et à toutes les combinaisons anesthésiantes.

Aucun topique ne m'avait jusqu'ici donné des résultats aussi favorables que le Protéinate d'argent. Appliqué dans les premiers jours d'une contamination, même très virulente, il a une action abortive des plus marquée. J'ai observé plu-

sieurs fois, des mères contaminées par leur nourrisson atteint d'ophtalmo-blennorrhée grave, qui furent guéries en un ou deux jours. Il y avait pourtant tous les signes d'une infection grave : chémosis conjonctival, tuméfaction des paupières et sécrétion purulente. L'affection fut traitée dès le deuxième ou le troisième jour.

Mais, rares sont les cas d'ophtalmies purulentes que l'on peut prendre tout à fait au début ; et, quand le gonocoque a envahi les couches profondes de la conjonctive, il est beaucoup plus dificile de l'y atteindre. Plus l'on s'éloigne du début de l'infection, plus la guérison est lente et difficile à obtenir.

Mais qu'importe la durée, si l'on se sent maître du mal, et que l'on puisse accorder toute sa confiance à l'agent thérapeutique que l'on emploie, sans crainte d'accident.

Dans la première partie de mes tentatives thérapeutiques avec le Protéinate d'argent, je n'avais d'abord qu'un but : connaitre la puissance de son action thérapeutique, comparativement avec l'agent qui, jusqu'à ce jour, pouvait être considéré comme le prototype des topiques capables de guérir au mieux et au plus tôt l'ophtalmie purulente. J'ai nommé le nitrate d'argent.

Il ne me fallut pas longtemps pour reconnaître que dans toutes les affections sécrétantes de la conjonctive, quelles qu'elles fussent, ce nouveau produit n'était en aucun point inférieur, comme action thérapeutique, au nitrate d'argent.

Depuis la conjonctivite banale guérie en deux ou trois attouchements, jusqu'au trachôme et à l'ophtalmie purulente gonococcique des plus graves, avec ulcérations cornéennes ou pseudo-membranes conjonctivales, toutes les affections purulentes de la conjonctive et même du sac lacrymal ont guéri, ou tout au moins ont été améliorées par ce nouveau traitement, dans des proportions telles, qu'il est dès aujourd'hui permis d'affirmer hautement que nous sommes en possession d'un médicament d'une très grande valeur.

Je vais aborder de suite la question des doses et du mode d'emploi; mais auparavant, qu'il me soit permis de dire un mot des recherches que j'ai faites pour arriver à trouver la dose maximale qui pourrait devenir dangereuse. — Eh ! bien, il n'y en a pas. J'ai commencé par employer des solutions à 5, puis à 10, à 20, puis à 50 p. 100, sans jamais provoquer ni douleurs bien violentes, ni escharres conjonctivales, ni troubles de la cornée, même quand cette dernière était déjà ulcérée jusqu'à la membrane de Descemet.

Je suis allé plus loin, j'ai appliqué le Protéinate d'argent en nature, à l'état pulvérulent, sur la conjonctive, en pratiquant avec la pulpe de l'index un léger massage, jusqu'à ce que toute la poudre fut dissoute. J'ai même, chez des granuleux, laissé dans le fond du cul-de-sac de petites mèches d'ouate tout imprégnées de cette poudre pure. Après un séjour d'un quart d'heure, il n'y avait pas la moindre escharre ; la conjonctive était devenue rouge, infiltrée, gonflée, laissant suinter une sérosité abondante et visqueuse, les granulations étaient comme macérées, comme digérées. Je revoyais là, en plus petit, le tableau de l'infiltration que produit le jequirity. Peut-être cette action du Protéinate en poudre pourra-t-elle être d'une grande utilité dans certains formes du trachôme. J'ai des recherches en cours sur ce point que je réserve pour le moment (1).

Quel est le sel d'argent jusqu'ici connu qui pourrait être ainsi appliqué, en nature, sur la conjonctive sans plus de danger ?

Donc, nous pouvons, sans trop présumer de nos expériences, conclure que le Protargol est absolument inoffensif et peut être employé même à dose élevée, sans crainte de complications.

Mais alors, si nous possédons un agent qui ait une action thérapeutique égale, si ce n'est supérieure, à celle du nitrate d'argent, sans qu'il présente le moindre danger, nous ne sommes pas loin de tenir enfin le spécifique de l'ophtalmie purulente, cette redoutable et terrorisante affection, qui a fait tant d'aveugles.

Combien de ces catastrophes pourront être évitées quand on saura bien que, dès les premiers jours d'une suppuration suspecte des yeux chez le nouveau-né comme chez l'adulte, on peut, par une intervention intelligente et prompte, enrayer sans aucun danger les progrès du mal et prévenir les complications !

DOSES ET MODE D'EMPLOI.

Le Protargol est soluble dans l'eau en toutes proportions, mais les solutions sont d'autant plus difficiles à préparer que l'on se donne plus de peine pour les faire. Il faut laisser fondre la poudre lentement dans l'eau distillée en remuant s'il est besoin de temps en temps avec un bâton de verre. Il n'est pas nécessaire de filtrer si la solution a été faite proprement.

Une solution à 5 p. 100 ressemble à la bière blonde, elle écume quand on l'agite comme tout liquide albuminenx. Plus la solution est concentrée, plus le liquide devient foncé, brun, épais, sirupeux ; à 50 p. 100 la solution est aussi dense que le baume du Pérou dont elle a aussi la couleur brun foncé.

La solution à 5 p. 100 est celle qui convient pour être prescrite aux malades, qui s'en servent eux-mêmes à domicile comme d'un collyre à instiller 2 à 4 fois par jour, pour les irritations conjonctivales légères ou pour compléter, appuyer les cautérisations quotidiennes faites par le médecin.

Les solutions fortes ne présentant aucun inconvénient, n'étant même pas plus douloureuses que les plus faibles, je n'emploie pour les cautérisations au pinceau que du 20 ou du 50 p. 100.

Le 20 p. 100 est employé pour la grande majorité des cas de conjonctivites catarrhales, même les plus intenses, l'application en est d'autant plus généreuse que la maladie est plus intense.

Un pinceau de blaireau de moyenne grosseur est trempé légèrement dans le godet qui contient le topique de façon à ce que la pointe du pinceau en soit seule imbibée. On badigeonne alors avec soin toute la surface conjonctivale

(1) Si on laisse les tampons de ouate imprégnés de poudre de Protargol, pendant une demi-heure ou une heure dans le fond du cul-de-sac conjonctival, il se produit une légère infiltration superficielle ressemblant à une très mince escharre qui disparaît bientôt spontanément et plus vite encore si l'on ajoute quelques gouttes de solution de Protargol.

ectropionnée. Ces cautérisations sont répétées tous les jours ou tous les deux jours, suivant le degré de la maladie. Dans l'intervalle on fait instiller 2 ou 3 fois par jour une ou deux gouttes de collyre à 5 p. 100.

Dans l'ophtalmie purulente, si les cautérisations biquotidiennes à 20 p. 100 n'amènent pas une rapide amélioration, il faut avoir recours au plus tôt à la solution à 50 p. 100, que l'on fera même bien d'employer d'emblée quand on aura affaire à des formes graves ou déjà anciennes. Il faut répéter les cautérisations deux fois par jour tant que la sécrétion purulente est abondante et, à mesure qu'elle décroît, on espace de plus en plus les attouchements.

Il n'est pas rare de voir la sécrétion tarir en un temps très court ; mais il ne faut pas pour cela cesser trop vite le traitement, qui est d'ailleurs inoffensif. Pour terminer on pourra toujours faire continuer pendant quelques jours le collyre à 5 p. 100 prescrit déjà dès le début, précaution, que je crois très efficace, en ce qu'elle soutient et prolonge l'action thérapeutique dans l'intervalle des cautérisations.

Même dans le cas où il y avait déjà des ulcérations cornéennes profondes et étendues, l'usage du Protéinate d'argent m'a constamment donné des résultats excellents ; mais je ne pourrais pas affirmer qu'il ait une action favorable sur l'évolution de l'ulcère ; il ne paraît pas l'aggraver en tout cas. Le seul moyen efficace d'entraver les infiltrations cornéennes, c'est de les toucher légèrement avec la pointe du galvanocautère, comme l'a montré M. le Dr Abadie.

Dans les cas de conjonctivites purulentes avec *pseudo-membranes*, où en général le nitrate d'argent est contr'indiqué, en solutions fortes tout au moins, le Protéinate d'argent n'a pas aggravé les fausses membranes ; au contraire, le plus souvent, elles disparaissent après la première cautérisation, qu'il est du reste prudent de faire légère, au début tout au moins.

Je n'ai pas eu l'occasion de soigner, ces temps-ci, un seul cas de conjonctivite diphtéritique ; par conséquent je ne sais pas ce qu'aurait donné notre nouveau topique dans ces circonstances. Il me paraît néanmoins, le caustique le plus indiqué à cause de son action bactéricide puissante sur le bacille de Loeffler, en même temps que par ses propriétés pénétrantes et dissolvantes.

Pour ce qui est de la *conjonctivite granuleuse* si diverse, si multiple dans ses manifestations, je me réserve encore, ne pouvant formuler des règles de traitement avant d'avoir terminé les essais que j'ai entrepris sur ce sujet. Ce que je puis dire, en tous cas c'est que le Protéinate d'argent paraît donner d'aussi bons résultats que le nitrate d'argent : mais je ne puis dire encore s'ils seront aussi bons que ceux que j'ai obtenus avec l'argentamine.

Dans la *dacryocystite*, ainsi que je l'ai déjà relaté dans ma première note, le Protéinate d'argent tarit la sécrétion purulente mieux peut-être que tous les autres topiques et sûrement avec plus de rapidité et moins de douleur. La solution à 10 p. 100 suffit à cet usage ; on en injecte une plus ou moins grande quantité suivant que l'écoulement se fait plus ou moins facilement par le nez.

Prophylaxie de l'ophthalmie purulente.

Ce n'est pas seulement dans le traitement de cette redoutable affection que le Protargol rendra des services signalés, mais aussi dans la prophylaxie par la méthode de Credé, en remplaçant le nitrate d'argent par les solutions correspondantes de Protargol.

Les solutions qui conviendront à cet usage seront à 10 ou 15 p. 100. L'application de ces solutions ne provoquant pour ainsi dire aucune irritation. On n'aura plus à redouter les fausses ophtalmies provoquées chez des sujets délicats par des instillations d'une solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent.

P. S. — Ce travail venait d'être imprimé, lorsque j'ai reçu la lettre et les notes suivantes de M. le professeur Neisser, qui a eu l'extrême amabilité de répondre à ma demande et de me donner les premiers résultats, de ses recherches actuellement en cours. Je suis bien heureux de voir que les résultats de l'expérimentation corroborent pleinement ce que l'observation et l'expérience clinique, m'avait pleinement démontré, c'est-à-dire que le Protargol doit être employé à doses 10 fois plus élevées que le nitrate d'argent. Voici du reste la lettre et la note de M. le professeur Neisser.

Breslau, le 27 février 1898.

Très honoré confrère,

Les expériences de désinfection au moyen du protargol ne sont pas encore terminées, ce travail n'a malheureusement pas pu être fait aussi promptement que je l'aurais voulu.

Mais ce que je sais, je vous le communique dans la note ci-jointe. Les expériences ont été faites en partant de ce principe qu'il faut comparer les différents sels d'argent entre eux, en employant les solutions qui sont appliquées dans la pratique courante pour le traitement de la gonorrhée.

Donc des solutions de protargol à 1 : 400 à 1 : 200 à 1 : 100 sont comparables aux solutions de nitrate d'argent de 1 : 4.000 à 1 : 2000 ; d'argentamine à 1 : 4,000 et d'argonine à 1 : 60.

Dans les notes suivantes encore très incomplètes, il faut comparer le protargol à 1 : 400 avec le nitrate d'argent à 1 : 4.000 et l'argentamine à 1 : 4.000.

Le protargol à 1 p. 100 et l'argonine à 1 1/2 p. 100 représentent des doses relativement élevées (pour le traitement de la blennorrhagie par les grands lavages.

En consultant les travaux de Schæffer sur l'argentamine et ceux de Jadassohn et de Meyer sur l'argonine, il serait facile d'établir des comparaisons plus détaillées.

En somme, ce n'est pas sur le pouvoir désinfectant un peu plus élevé du protargol que j'insisterai, mais bien plutôt sur son *innocuité presque complète* qui permet de l'appliquer beaucoup plus facilement que tous les autres sels d'argent, surtout quand il s'agit d'un traitement prolongé.

Le pouvoir de pénétration du protargol, dans l'intérieur des tissus, paraît être bien plus grand que celui de tous les autres sels d'argent.

Je serais heureux que vous trouviez quelqu'intérêt dans la lecture des notes qui suivent qui sont encore trop incomplètes pour être publiées à part.

Avec les meilleures salutations de votre dévoué,

Prof. Dr Neisser.

HYGIÈNE

La revaccination chez les enfants et chez les gens âgés.

Dans une des dernières séances de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, MM. les docteurs Toledano et Saint-Yves Ménard ont communiqué des chiffres très intéressants concernant la revaccination.

Tandis que M. le Dr Toledano donnait le détail de ses résultats dans les écoles dont il est l'inspecteur, M. le Dr Saint-Yves Ménard offrait à ses confrères une statistique d'ensemble comprenant les écoles de 17 arrondissements de Paris, c'est-à-dire plusieurs milliers d'enfants.

Le Dr Toledano a conservé ses tableaux de revaccination dans les écoles depuis 1883 ; il constate que le chiffre des succès va en décroissant, ce qui paraît devoir être mis sur le compte d'une pratique plus rigoureuse de la vaccine depuis plusieurs années.

Il y a toujours un nombre de succès plus considérable chez les filles que chez les garçons, dans des conditions égales d'ailleurs d'âge et de milieu ; de ceci, on ne peut à l'heure actuelle donner la raison, mais le fait n'est pas douteux et M. Saint-Yves Ménard l'a constaté également.

Bien que, dans la statistique générale des 17 arrondissements, dont il a pu se procurer le résultat, les chiffres donnés par M. Saint-Yves Ménard diffèrent de ceux de M. Toledano, il est tout disposé à compter comme très sensiblement vrais ceux de ce dernier. Il convient, en effet, de ne pas laisser passer sans commentaires des chiffres portant sur un nombre aussi considérable de cas.

Dans l'appréciation des résultats, il y a toujours des divergences d'opinion, les uns acceptant comme bons des vaccins qui seront rejetés par les autres ; un peu trop de rigueur chez ceux-ci, un peu trop de complaisance chez ceux-là, il n'en faut pas davantage pour modifier notablement un pourcentage.

Pour M. Saint-Yves-Ménard, il y a lieu de se contenter non seulement des boutons types, mais encore de ceux qui s'en approchent très sensiblement ; il y a en effet dans la production des pustules toute une gamme dont les nuances sont difficiles à apprécier et surtout impossibles à décrire. Si donc, pour l'exactitude des statistiques, il paraît indispensable de n'accepter comme bons que les succès types, au point de vue pratique, on doit reconnaître qu'une vaccine légèrement modifiée confère une immunité suffisante, de telle sorte qu'on peut la classer dans la catégorie des succès.

Un côté non moins intéressant de la communication de M. Saint-Yves Ménard visait la revaccination chez les gens âgés.

Rien n'est plus fréquent, quand on revaccine dans une famille, de voir les personnes d'un certain âge et surtout les grands-parents se soustraire à la lancette, sous prétexte qu'il sont à l'abri et qu'on ne prend pas la variole quand on est âgé.

Cette erreur est même, à l'heure présente, partagée par beaucoup de médecins.

Or, loin d'être indemnes dans les épidémies, les gens âgés fournissent un contingent relativement élevé de victimes. En 1870 beaucoup ont succombé à la variole qui sévissait pendant la guerre.

M. le Dr Saint-Yves Ménard a eu à revacciner la population de la Salpêtrière (plus de 2000 personnes) qui, par suite d'une erreur demeurée inexpliquée, n'avait jamais été comprise dans les tournées régulières que fait faire l'administration. La mesure prise a donc pu être appréciée sur des personnes d'âges différents. Or plus l'âge augmente, plus s'accroît la proportion des succès. De 90 à 100 ans (car M. Saint-Yves a eu à vacciner une centenaire) le résultat est de 100 %.

Prenant la parole après M. Saint-Yves Ménard, M. Tolédano n'a pu qu'appuyer ce qui venait d'être dit au sujet des gens âgés. Ayant eu, lors de la dernière épidémie, à revacciner le personnel des Invalides, il a eu également un centenaire sur lequel la vaccine a donné un succès parfait, comme sur un enfant.

Dans l'échelle des succès, M. Tolédano a eu une proportion absolument semblable à celle de la Salpêtrière.

Il est donc particulièrement utile que les médecins insistent dans les familles, pour que les gens âgés se soumettent comme les autres à une pratique si sage et d'ailleurs acceptée de mieux en mieux par la population.

Dr Ch. LEVASSORT (de Paris).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Des abus créés en Amérique par les Hôpitaux payants.

Dans ces derniers temps, on s'est préoccupé, à bon droit, des inconvénients qu'offraient, au point de vue professionnel, les consultations gratuites données dans les hôpitaux et les diverses cliniques particulières. Des choses excellentes ont été dites sur les abus criants qu'elles entraînent, grâce à l'indélicatesse de certains malades fortunés, qui pourraient fort bien payer les soins médicaux et qui viennent, néanmoins, s'y faire soigner. Les médecins de quartier, déjà si éprouvés, se voient frustrer de sommes assez importantes, mais je doute fort qu'à Paris le mal ait acquis le développement énorme qu'il a pris dans les pays de langue anglaise, c'est-à-dire dans la Grande-Bretagne et les Etats-Unis. La difficulté de vivre s'y accentue de plus en plus, pour les jeunes médecins qui ne possèdent pas une fortune particulière suffisante, grâce aux cliniques, aux consultations hospitalières qui se sont partout multipliées d'une façon effrayante et, d'autre part, nos confrères d'Amérique ont à se plaindre d'un nouveau mal dont nous sommes restés exempts jusqu'ici : l'existence d'un grand nombre d'hôpitaux, créés soi-disant pour les pauvres, en réalité payants et dont le directeur cherche à tirer le meilleur parti de nombreuses chambres particulières dont le prix moyen varie de 5 à 15 dollars par semaine. Comment se sont créés tous ces établissements pseudo-charitables ? Par l'initiative privée naturellement, comme bien d'autres institutions aux Etats-Unis, et il est facile de voir, par exemple, que les meilleures choses peuvent produire des résultats détestables, quand on ne les surveille pas de près et qu'on laisse l'intérêt particulier primer l'intérêt général. Beaucoup de richards de là-bas, dont on a cité souvent les fortunes extravagantes, ne résistent pas aux sollicitations que leur font certains intrigants, en quête d'emploi ou de réclame, qui se sont mis en tête de fonder un nouvel hôpital. On organise des souscriptions publiques, des fêtes mondaines, des sermons de charité. Tous les journaux parlent de la nouvelle entreprise, louent le zèle de ceux qui la dirigent, donnent les noms des généreux donateurs. Comment ceux-ci, qui connaissent parfois à peine l'étendue de leurs revenus, résisteraient-ils au plaisir de passer pour des bienfaiteurs de l'humanité ?

Les fonds sont donc assez facilement réunis pour la construction du nouvel hôpital, mais l'administration coûte cher et ce n'est pas tout d'avoir un bel édifice, il faut le faire marcher. La

commission administrative se décide à restreindre, le plus possible, les dépenses, c'est-à-dire les places gratuites et à multiplier les chambres payantes et il arrive que ces asiles de la charité ne veulent plus de pauvres et se déclarent complets, quand on leur envoie un indigent. Pendant ce temps on fait savoir, au public, combien il est préférable de se faire traiter hors de chez soi ; on est mieux soigné et à meilleur compte, parce que l'on n'a pas à payer le médecin où on a à le payer très peu, le directeur vous faisant comprendre, quand vous entrez, que les soins médicaux sont gratuits et que vous donnerez ce que vous voudrez. Les abus criants que nous venons de signaler subsistent et se développent, même, de jour en jour, parce que les commissions administratives, qui se font une concurrence si ruineuse pour le bien général, souffriraient dans leur vanité de les voir disparaître. Les plaintes des médecins, on s'en préoccupe peu, tellement est enracinée l'idée qu'ils sont obligés moralement de soigner les pauvres gratis. Les pauvres oui, mais les autres — non. De l'excès du mal semble devoir sortir un peu de bien.

Les intérêts professionnels ont été tellement lésés, que la nécessité d'une coalition commence à se faire sentir. On s'associe, on tâche d'agir sur les pouvoirs publics. Un article du « *Medical Record* », de juin 1897, stigmatise énergiquement ces établissements pseudo-charitables, d'une apparence somptueuse et où le pauvre trouve si difficilement un refuge, sous le prétexte qu'on ne traite pas le genre de maladie dont il est atteint, ou que tous les lits sont occupés. On soutient bien entendu le contraire en public, par respect humain et aussi pour tâcher de participer aux largesses publiques. Dans un article du 5 juin du même journal, le Dr Egbert Grandin soutient avec raison que le médecin est le principal coupable, tout le monde sait se faire payer dans ces hôpitaux, depuis la plus petite infirmière jusqu'au directeur. Seul le médecin consent à travailler, comme l'on dit, pour la gloire.

Que les médecins se coalisent et refusent leurs soins gratuits, sauf dans les véritables hôpitaux de pauvres, et la victoire sera vite gagnée.

Ce qui permet jusqu'à un certain point, aux administrateurs, de rire des colères qu'ils soulèvent, c'est que le titre de médecin des hôpitaux se donne là-bas par faveur et non à la suite d'un concours sérieux, comme à Paris. Or, quoique moins prisée que chez nous, la situation de médecin d'hôpital n'est pas moins un honneur et un moyen de publicité fort important. Il est donc toujours facile de trouver ces titulaires jeunes et ambitieux, que les intérêts de leurs confrères n'embarrassent pas outre mesure. Ils devraient réfléchir; cependant, qu'en soignant gratis ou pour un prix dérisoire, des malades qui peuvent payer, ils se font tort aussi à eux-mêmes, et que d'ailleurs, la valeur de cette place pour laquelle ils sacrifient si allègrement leur intérêt, ainsi que celui de leurs confrères, diminue chaque jour par la concurrence, qui entraîne la fondation incessante d'établissements semblables à ceux où ils opèrent.

Et puis, cette place, en sont-ils si sûrs que cela ? on pourrait en douter en se rappelant l'amusante anecdote suivante, recueillie dans une ville importante du Nebraska. Un hôpital nouveau, d'apparence splendide, venait d'être créé. Au bout de peu de temps les administrateurs constatèrent, avec chagrin, que l'entretien coûtait beaucoup et que les salles restaient vides, la cité ayant déjà beaucoup d'établissements de ce genre. Que faire ? Il n'est pas facile d'attirer le client sérieux, c'est-à-dire riche, que se disputent tant de concurrents. Ils eurent une idée de génie. Ils congédièrent tous les anciens médecins de l'hôpital et en nommèrent de nouveaux.

Puis, quand ces titulaires furent bien habitués à leur nouveau titre et à leurs nouvelles fonctions, ils les appelèrent un à un et leur exposèrent le misérable état de leurs finances et déclarèrent que si cela continuait ainsi, on serait forcé de fermer.

Effrayés de cette horrible perspective, chacun déboursa, comme on dit, la forte somme, espérant sauver la place, aux dépens de la bourse. Mais, au début de l'année suivante, nouveau licenciement général et la même histoire recommença, couronnée du même succès, avec les nouveaux promus. Le « Médical News » conseille aux médecins de cet hôpital, pour conserver leurs places, sans trop grands sacrifices, de s'arranger pour garantir une somme fixe aux administrateurs trop malins qui ont trouvé le moyen d'avoir des médecins que, non seulement ils ne payent pas, mais qui consentent à les payer.

Dr DE TORNERY.

CORRESPONDANCE

Monsieur et très honoré confrère,

Membre du Concours médical, suivant toutes ses œuvres, qui donnent, peu à peu satisfaction à ces aspirations de liberté et d'indépendance du corps médical, que nos gouvernants ne considèrent pas assez, je viens vous prier de m'indiquer ce que j'ai à faire pour me faire admettre dans la ligue du *Sou Médical*.

Je ne suis pas partisan des grands pontifes qui parlent de philanthropie médicale, mais qui la réservent à ceux qui sont arrivés. Foin de ceux-là ! Le *Concours* nous défend, mais ne s'aventure-t-il pas trop en soutenant l'Union des syndicats ? Certes, les syndicats sont très bons ; mais quand, comme dans notre région, on veut en fonder, on se bute à des positions acquises, à des routines où le jeune, qui veut lutter, est pris dans les mâchoires d'un étau : habitudes et mauvais vouloir.

Je ne veux pas insister aujourd'hui ; mais je me permets de vous demander, d'ici quelque temps, une petite place dans mon cher consolateur, le *Concours*, pour faire connaître à mes camarades la lutte contre certaines situations soi-disant acquises.

Peut-on guerroyer contre des confrères qui, tout en étant fort honorables, par ailleurs, vous objectent votre âge ! — Et j'ai 36 ans, des titres, etc., mais ces confrères n'auront-ils pas, pour eux, les *magistrats* (!) qui seront pour les serviles contre les indépendants. Car, bien que je sois Inspecteur des services cantonaux, je les ai eus comme Indépendant. Bénies soyez-vous donc, œuvres du Concours ! Soutenez les humbles comme toujours et nous n'aurons qu'à prier Dieu de

vous le rendre. Tout ce qui vient du Concours est le bienvenu chez moi. Puis-je donc ne pas être du Sou médical?

Non, n'est-ce pas, car je suis un de ceux dont la pierre finira par établir un solide édifice.

Lutte et lutte toujours, cher Concours. Tu combats le bon combat.

Croyez à l'assurance de ma très confraternelle considération.

Dr G. D., à M.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires. Responsabilité des parents.

I. Tribunal de paix d'Orbec (Calvados.)
25 *novembre* 1897.

Le Docteur Duchesne, d'Orbec-en-Auge-(Calvados), a été appelé chez une dame B..... pour soigner le fils B.... venu malade chez sa mère. Celle-ci a assisté aux visites, s'est intéressée au diagnostic, au pronostic et a même accompagné son fils chez le médecin. Le Dr Duchesne réclame ses honoraires à la dame B. qui refuse de payer, alléguant que les soins ont été donnés à son fils et non à elle, que ce n'est pas elle qui a appelé et qu'elle n'est pas responsable.

Par jugement du 25 novembre 1897, le juge de paix du canton d'Orbec, a condamné la dame B. et son fils, conjointement et solidairement, à payer les honoraires du Dr Duchesne, avec les considérants suivants :

.... Attendu que, par jugement du 28 octobre dernier, nous avons ordonné la mise en cause de B. fils. Attendu que les soins ont été données à B. fils, mais qu'à ce moment ce dernier était chez sa mère à C....; que s'il n'est pas établi que la dame B. soit elle-même venue requérir le médecin, il est supposable que la réquisition a eu lieu d'après ses ordres, qu'en tous cas il est certain qu'elle a assisté aux visites et consultations qui ont eu lieu chez elle, que de plus elle a accompagné son fils au cabinet du Dr Duchesne et que ce dernier affirme qu'à ce moment elle a pris l'engagement de payer ; que, d'après un arrêt de la Cour de cassation du 4 décembre 1872, s'il n'est pas établi d'une façon précise que la dame B. mère se soit engagée exclusivement et personnellement, il est au moins établi par les circonstances de la cause qu'elle s'est manifestement engagée solidairement envers le médecin.

Par ces motifs, etc., etc.

II. Tribunal correctionnel de Charolles.

Le praticien qui justifie de la possession de l'état de dentiste avant le 1er janvier 1892, est fondé à réclamer le bénéfice du premier paragraphe de l'article 32 de la loi Chevandier, c'est-à-dire à exercer légalement l'art dentaire.

Ainsi jugé par le tribunal correctionnel de Charolles, qui vient d'acquitter un dentiste non diplômé et non porté sur la liste des patentes au 1er janvier 1892 (comme le veut le texte de la loi) « parce que l'article 32 ne dit pas que l'inscription à la patente sera le seul mode de preuve de la possession de l'état de dentiste. »

III. Tribunal de la Seine.

Le pharmacien qui délivre, sans ordonnance de médecin, une préparation médicinale non formulée au Codex, ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine. — Il semble de toute évidence que le paragraphe 3 de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 portant qu'exerce illégalement la médecine « toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère » doive s'appliquer aux pharmaciens qui vendent, sans ordonnance de médecin, une préparation médicinale non formulée au codex, c'est-à-dire une préparation magistrale. Tel avait été l'avis du tribunal correctionnel de Reims qui avait condamné un pharmacien de cette ville à 8 jours d'emprisonnement et à 200 francs d'amende, pour avoir vendu une préparation magistrale sans ordonnance de médecin.

Sur l'appel du prévenu et du ministère public, la Cour de Paris a rendu, il y a quelques mois, un arrêt infirmant le jugement de première instance et décidant que le fait de vendre un médicament dans les conditions ci-dessus indiquées, constituait seulement une contravention aux lois, décrets et ordonnances contenant l'exercice de la pharmacie. Voici le texte de cet arrêt :

« Considérant que c'est à tort que les premiers juges, saisis par la citation délivrée au prévenu de la connaissance d'une contravention aux lois sur la police de la pharmacie, ont déclaré X... coupable du délit d'exercice illégal de la médecine ; que l'élément nécessaire pour constituer ce délit n'existe pas en la cause, X..., pharmacien à Reims, s'étant borné à vendre, sans ordonnance de médecin, une préparation médicinale et non formulée au codex ; que le fait de vendre un médicament dans ces conditions constitue la contravention exactement visée par la citation ;

« Par ces motifs, infirme le jugement dont est appel, en ce que les faits relevés à la charge de X... y ont été qualifiés à tort de délit d'exercice illégal de la médecine, alors qu'ils constituent une contravention aux lois sur la police de la pharmacie ;

« Emendant et statuant à nouveau, décharge X... de la peine de 8 jours d'emprisonnement et de 200 francs d'amende prononcée contre lui à raison de délit d'exercice illégal de la médecine et faisant droit à l'appel du ministère public ;

« Le déclare coupable d'avoir, en juin 1896, à Reims, étant pharmacien, vendu une préparation médicinale qui n'était pas prescrite par un médecin et non formulée au codex ; contravention prévue et punie par les articles 32 de la loi de germinal en XI, 2 de l'ordonnance du 8 août 1816 (arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748) ; et lui faisant application desdits articles, le condamne à 500 francs d'amende. »

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Association syndicale des Médecins de la Haute-Saône.
(*Suite et fin.*)

Listes d'assistance.

Vœu relatif à la non communication des listes d'indigents aux membres du corps médical.

L'assemblée syndicale considérant que la non communication des listes d'indigents aux médecins a été l'objet de protestations nombreuses de la part du corps médical et donne lieu à des abus aussi préjudiciables à ses membres qu'aux ressources des communes.

Considérant que le concours du médecin, à titre consultatif, au moment de la confection des listes d'indigents, est imposé par le règlement qui régit le service de l'assistance, prie M. le Préfet de vouloir bien exiger, comme l'ancien règlement, le visa du médecin, et d'informer les maires que les listes non visées par un des médecins du service, ne seront approuvées ni par la préfecture, ni par les sous-préfectures.

L'assemblée demande en outre que l'une des listes soit remise au médecin désigné et communiquée aux autres médecins si plusieurs d'entre eux concourent au service de l'assistance communale.

Protection des enfants du premier âge.

Après avoir rappelé les protestations insérées chaque année dans le *Bulletin du Syndicat*, un membre signale la mortalité effrayante qui frappe les enfants du 1er âge, surtout dans la Haute-Saône. Il fait ressortir les sacrifices que s'imposent les départements voisins et notamment le département des Vosges et déplore l'inanité des vœux exprimés par le Syndicat.

L'assemblée générale, composée de 40 membres, tenant compte des observations qui précèdent, considère l'inexécution de la loi comme un crime de lèse-humanité : elle réitère avec énergie ses protestations antérieures et supplie ceux de ses membres qui siègent au Conseil général de prendre en son nom, à la séance prochaine du mois d'août, la défense des enfants du 1er âge.

La réunion a le ferme espoir que le conseil général, mieux renseigné, voudra mettre un terme à une situation qui mettrait le département de la Haute-Saône au ban du pays et voter la subvention que pourra réclamer l'application sérieuse de la loi.

En outre, la réunion prie le bureau de faire une démarche près de M. le Préfet, nouveau venu dans le département, pour obtenir, après le vote du conseil général, la réorganisation d'un service dont la surveillance lui appartient.

L'inexécution de la loi Roussel, tout en violant les devoirs les plus élémentaires que l'humanité impose, contribue à mettre en péril les intérêts vitaux du pays menacé par sa dépopulation progressive d'être rayé dans un avenir plus ou moins éloigné, du cadre des grandes nations (1).

Bons et Pharmaciens.

Il est décidé que désormais il est formellement interdit aux médecins d'accepter les bons de visite et de consultation qui auront passé par les mains des pharmaciens avant de leur avoir été présentés et de signer les ordonnances que ces Messieurs auront trouvé bon de prescrire aux indigents.

(1) Le conseil général, d'après le rapport du Dr Hézard a voté un crédit de 2,000 fr. pour les dépenses auxquelles l'exécution de la loi Roussel peut donner lieu et a décidé que tous les médecins de l'assistance publique seraient commissionnés pour opérer chacun dans le rayon de sa clientèle.

Caisse de résistance.

L'assemblée charge son trésorier d'envoyer une somme de 50 fr. à l'Union des syndicats pour la création d'une caisse professionnelle.

Tarif d'honoraires.

En 1896, la chambre syndicale chargea le docteur Maussire de faire imprimer un tarif d'honoraires en blanc et de le faire parvenir à tous les médecins du département :

Un certain nombre de médecins répondirent.

Le secrétaire prit la moyenne des prix pour chaque article et en composa un tarif qui fut adopté par l'Assemblée Générale.

Ce tarif imprimé sera envoyé aux médecins non syndiqués, avec une lettre leur demandant l'engagement par écrit de le suivre.

Le secrétaire.
MAUSSIRE.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons eu la vive déception d'apprendre à l'Assemblée de l'Association générale, que M. *Lereboullet* était retenu à la campagne par une indisposition persistante. Nous lui adressons nos vœux de prompt rétablissement.

Petites nouvelles suggestives.— M. le Dr C., ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé commissaire de police du département de la Seine.

— Le service des prompts secours tant réclamé pour Paris par M. le Dr Marcel Baudouin vient enfin d'être installé... à Nantes.

— Le pharmacien qui avait continué la vente du « tueur de microbes Radam » après condamnation des exploiteurs de ce produit, s'est vu octroyer récemment 600 fr. d'amende. Ce n'est pas ruineux, et nous songeons que, sous toutes les latitudes, l'exercice illégal s'en tire vraiment à un bon marché très encourageant.

— La peste continue à sévir en Asie et à se propager avec une persistance qui défie le zèle de toutes les conférences internationales. Mais le commerce anglais se montre de plus en plus florissant dans ces régions.

— Extrait de la *Gazette médicale de Liège* : « Le Reichstag allemand vient de voter un crédit de 3,000 marks (3,750 francs), pour être destinés à faciliter le perfectionnement des médecins militaires dans la pratique du massage. Cette innovation complète de la façon la plus heureuse la suppression de la schlague qui est de date assez récente.

— Un médecin anglais avait permis à un convalescent de scarlatine de monter en chemin de fer pour rentrer dans sa famille. Sur les instances de la Compagnie, ce confrère s'est vu condamner à des dommages-intérêts, quoiqu'il eût cherché à expliquer sa bonne foi en reconnaissant avoir fait une erreur de diagnostic.

— L'empereur d'Autriche vient d'accueillir favorablement la pétition d'un rebouteur qui demandait à exercer en toute sécurité sa petite industrie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4265. — M. le docteur LESCUDÉ, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4266. — M. le docteur OSMONT, de Caen (Calvados), membre du Syndicat de Caen.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année | N° 18 | 30 Avril 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Assemblée générale du 17 *avril* 1898, *au siège social,* 22, *Place Saint-Georges, Paris.*

Présidence de M. le Dr LANDE.

M. le secrétaire général lit le procès-verbal de l'assemblée générale de 1897, procès-verbal qui est adopté, puis le président lui donne la parole pour la lecture de son rapport 1897-98.

Messieurs et chers Collègues,

Comme tous les ans, l'intérêt de notre assemblée générale réside dans l'état de la caisse, dans les retraites à allouer, dans la liste des nouveaux adhérents à notre œuvre de confraternité médicale. En un mot, ce sont des chiffres qui prouvent la prospérité ou la décadence d'une institution comme la nôtre : c'est donc la lecture du rapport de notre excellent trésorier qui est le clou de notre réunion.

Le rôle de votre secrétaire général est bien plus limité : réunir les observations des adhérents anciens ou des adhérents à venir, vous soumettre les cas litigieux, demander votre avis sur certains points particuliers et enfin vous éclairer sur les avantages de tel ou tel article des statuts, tel est le rôle du comité directeur, par l'intermédiaire de votre secrétaire général.

Parmi les cas spéciaux, qui se sont présentés dans le courant de l'exercice 1897-98, j'ai à vous soumettre la demande suivante :

M. B. est adhérent à notre caisse depuis ses débuts : il a voulu cette année faire adhérer sa femme et il nous a demandé d'assurer cette dernière au taux de l'ancien tarif.

J'ai engagé notre confrère à verser l'ancienne prime, mais sous la réserve expresse que si l'assemblée n'acceptait pas cette manière de voir, il devrait ajouter le supplément prescrit par les nouveaux tarifs.

J'ai soumis ce cas au comité directeur et vous êtes appelés à le juger en dernier ressort. Votre comité pense qu'il est impossible d'accepter cette manière de voir : non seulement, il y aurait un préjudice réel pour la Caisse, si plusieurs femmes de sociétaires demandaient cette réduction ; mais, en outre, il faudrait alors accorder l'ancien tarif aux fils, neveux, etc., des sociétaires. Vous avez décidé que seuls les anciens adhérents, hommes ou femmes, pourraient compléter le tableau A à l'ancien tarif, et que toutes les adhésions nouvelles seraient au nouveau tarif, même les nouvelles parts à prendre pour les adhérents avant 1895.

Pour répondre à d'autres lettres, je reproduirai différents articles de nos statuts :

1° Les versements au trésorier doivent se faire, ce qui est la règle, en mars ; mais les statuts autorisent les versements en deux fois, mars et septembre.

2° On peut entrer dans la Société pendant toute l'année, sauf pendant le mois de décembre.

3° L'âge est toujours compté au 1er janvier de l'année courante.

En suivant les lettres des adhérents au hasard de la correspondance, je trouve un cas tout à fait spécial, que j'ai soumis à votre comité directeur.

M. G. nous a demandé l'année dernière le paiement des intérêts d'une somme versée à l'avance par lui, comme prime d'assurance de sa femme. Il demandait, en outre, le remboursement de la somme versée d'avance, en cas de décès de la participante. Votre trésorier répondit, au nom du comité : « qu'il est impossible à la caisse d'entrer dans toutes les combinaisons d'avances d'intérêts et de remboursement : que tout membre est libre de payer d'avance sa ou ses cotisations, mais une fois les sommes versées, elles ne peuvent plus sortir de la caisse : ce serait fausser l'institution d'abord et puis, pour la comptabilité, quelle complication ?... »

Votre comité, auquel la question a été de nouveau soumise hier, est d'avis que la Société n'est pas une maison de banque, que ceux qui versent à la caisse n'ont aucun droit, soit à des intérêts, soit à des remboursements, et que, pour éviter à l'avenir toute discussion, le cas de M. G. sera liquidé de la façon suivante : M. G. a droit à une retraite de 1200 fr. ; sur cette retraite, votre trésorier prélèvera tous les ans la prime à payer par Mme G. et versera le reste de la somme à M. G.

Je pense, Messieurs, que cette solution du comité recevra votre approbation.

Nous avons eu, cette année, 10 adhérents femmes

et deux, dont la situation n'est pas encore régularisée. Nous n'avons que deux retraites nouvelles à verser.

Votre comité continue toujours à s'occuper de la reconnaissance de la Caisse comme d'utilité publique. L'avantage que nous retirerions de cette nouvelle situation serait que nous pourrions placer notre argent sur première hypothèque à 4 %, ce qui augmenterait de près d'un quart nos revenus annuels.

Cette année, vous n'aurez pas à vous prononcer sur le renouvellement de membres du comité directeur : mais trois membres du comité des censeurs voient expirer actuellement leurs mandats : ce sont MM. Baronnet, Hiblot et Sutils.

D'après les statuts, ils sont rééligibles.

Comme tous les ans, je vous demanderai la permission de terminer mon rapport par l'expression de nos sincères et meilleurs remerciements à notre cher trésorier, dont la tâche devient d'autant plus lourde que notre encaisse et notre prospérité augmentent.

M. le Dr Verdalle, trésorier a la parole pour la lecture de son rapport annuel.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers Collègues,

Voici la quinzième année, que j'ai l'honneur de vous présenter mon rapport financier sur la situation de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français.

Elle est toujours prospère cette situation, Messieurs ; vous allez en juger par vous-mêmes, et ne peut guère, du reste, ne pas l'être : nos statuts nous obligent à une très grande, j'allais dire trop grande sagesse, en limitant d'une façon très étroite le champ de nos placements. C'est là le seul point noir de notre affaire ; nous capitalisons à un taux trop faible et il serait à désirer que nous pussions donner une certaine élasticité à nos placements. Espérons que les lois nouvelles nous permettront de nous faire reconnaître d'utilité publique. C'est là peut-être la meilleure solution. Car, sûrement des placements sur prêts hypothécaires ou sur immeubles, nous donneraient un revenu beaucoup plus considérable ; nous doublerions presque notre revenu.

Passons aux chiffres.

Le bilan publié au *Concours médical* le 16 avril se solde par le total de **688.103 fr. 64**.

C'est une augmentation de **65.070 fr. 64** sur celui de l'année dernière.

Nous allons en étudier le détail et je vous fournirai, à mesure, les explications sur les opérations de la caisse pendant l'exercice 1897.

La Caisse avait au 31 décembre 1896 une somme de 23.513 fr. 50 en espèces		23.513 50
Elle a encaissé en cotisations une somme de 56.947 fr. 70		56.947 70
Elle a touché pour intérêts et coupons de valeurs du portefeuille une somme de 18.806 fr. 80		18.806 80
Elle a encaissé pour amortissement et remboursement de titres du portefeuille, savoir :		
13 obligations Paris-Lyon-Méditerranée	6.406 90	
1 obligation foncière 1879	499 40	
1 obligation communale 1879	499 40	
		7.405 70
Enfin en remboursement de frais généraux (frais de poste, de quittances, etc.), une somme de 27 fr. 39, ci		27 39
Total		106.701 29

Le total des encaissements pour l'exercice 1897 se monte donc à la somme de **106.701 fr. 29**.

Voici l'emploi qui a été fait de ces fonds :

Nous avons acheté en différentes opérations 50 obligations de la Banque hypothécaire de France, emprunt 1881, pour la somme de 23.160 fr. 10	23.160 10
70 obligations de la Banque hypothécaire de France, emprunt 1880, pour la somme de 43.072 fr. 60	43.072 60
1 obligation Foncière 1879, en remploi de celle qui avait été amortie	507 65
1 obligation Communale 1879, en remploi de celle qui avait été amortie	503 80
Le total des acquisitions de valeurs s'est donc élevé à la somme de	67.244 15
La Caisse a payé pour pensions de retraite une somme de 15.395 fr. 90	15.395 90
Elle a dépensé en frais généraux une somme de 2.072 fr. 85	2.072 85
Enfin elle a versé à la caisse auxiliaire une somme de 730 fr. pour payer les cotisations de MM. N., A., Y., suivant décision de l'Assemblée générale de 1897	730 »
(Cette somme de 730 fr. figurant aux encaissements, comme cotisations censées versées, doit ainsi figurer aux sorties de caisse, par un jeu d'écritures.)	
Total	85.442 90

En résumé :

En caisse au 1er janvier 1897	23.513 50
Encaissement de l'exercice 1897	83.187 79
	106.701 29
Dépenses de l'exercice 1897	85.442 90
Solde en caisse au 31 décembre 1897	21.258 39
Balance	106.701 29

J'ajoute que cette encaisse s'est augmentée depuis le 1er janvier dernier d'une quarantaine de mille francs, et que nous avons continué pour l'exercice 1898 à acheter au fur et à mesure des valeurs de portefeuille : 60 nouvelles obligations, banque hypothécaire 1880 pour 40.053 fr. 95,

Et que nous sommes prêts à payer nos pensions de 1898, soit pour environ 17.243 fr. 90, ce qui va réduire notre encaisse actuelle à quelques milliers de francs.

Profits et Pertes.

1° Doit :

A frais généraux — pour balance	2.045 46
A divers — pour moins value sur les valeurs	512 »
A caisse auxiliaire	757 53
Total du débit	3 314 99
Excédent disponible de 1897	67.079 11
	70.394 10

Excédent disponible des recettes	67.079 11
Somme répartie comme il était dit à l'article 21 des statuts, savoir :	
25 % au capital inaliénable	16.769 78
75 % à la caisse de réserve	50.309 33
Egal à l'excédent des recettes	67.079 11

2° Avoir :

A divers — pour intérêts des valeurs	18.806 80
A divers — pour plus value sur les valeurs	7.999 50
A caisse des pensions — pour la partie disponible des recettes à ce compte au 31 décembre 1897, c'est-à-dire différence entre les cotisations reçues et les pensions payées	43.587 80
	70.394 10

L'étude du compte Profits et Pertes va nous donner quelques détails intéressants.

Vous y verrez que la valeur du portefeuille va toujours en augmentant.

La plus-value est cette année de 7.999 fr. 50, ci	7.999 50
Dont il convient cependant de déduire les moins values, beaucoup moins importantes, de 512 fr., ci	512 »
La plus-value nette est donc pour l'exercice 1897 de	7.487 50

Vous pourrez aussi vous rendre compte de l'établissement et du mécanisme de nos diverses caisses.

Caisse de réserve.

Crédit au 31 décembre 1897 fr.	107.558 30
75 % sur 67.079 11 (excédent des recettes)	50.309 33
	157.867 63

Capital inaliénable.

Crédit au 31 décembre 1897	508.477 09
25 % sur 67.079 11 (excédent des recettes)	16.769 78
	525.246 87

Caisse auxiliaire.

Crédit au 31 décembre 1897	6.997 61	
A reçu 1 % sur cotisation	569 47	
— 1 % sur intérêts	188 06	
		7.755 14
A payé pour cotisations	730 »	
— pour retraites	2.036 »	
		2.766 »
Reste net		4.989 14

La caisse auxiliaire est alimentée par une retenue de 1 % sur les recettes brutes, savoir sur les cotisations et sur l'intérêt des valeurs.

Elle a donc reçu cette année 1 % sur le montant des cotisations, soit sur fr. 56.947 70	569 47
1 % sur le revenu du portefeuille, soit sur fr. 18.806	188 06
Total	757 53

Le Capital inaliénable et la Caisse de réserve doivent recevoir l'excédent disponible des recettes nettes.

Cet excédent disponible, dont vous trouverez l'établissement au compte profits et pertes, est cette année de fr. 67.079 71.

Il a donc été attribué de cette somme un quart au capital inaliénable, soit fr. 16 769 78, ci	16.769 78
et les trois quarts à la caisse de réserve, soit fr. 50.309 33, ci	50.309 33
Total égal à l'excédent disponible des recettes	67.079 71
Le capital inaliénable dont l'avoir était l'année dernière de fr.	508.477 09
reçoit cette année	16.769 78
Sa fortune s'élève donc à fr.	**525.246 87**
La caisse de réserve dont l'avoir était l'année dernière de fr.	107.558 30
reçoit cette année	50.309 33
Son capital s'élève donc au total de fr.	**157.867 63**

Vous voyez, mes chers collègues, que notre caisse de réserve grossit par bonds énormes. Tout fait prévoir que cet accroissement va se maintenir pendant plusieurs années et qu'elle sera ainsi toujours prête à toutes les éventualités.

Le nombre de nos adhérents augmente, mais pas autant qu'il serait désirable, sans doute.

Durant l'exercice 1897, nous avons inscrit douze adhérents nouveaux, et de ce chef le total des cotisations a été grossi de 14.131 fr.

Il convient de remarquer que sur ce chiffre figure une cotisation (tableau B) pour 9.654 fr.

C'est donc en réalité une somme annuelle de 4.477 fr. seulement qu'il faut inscrire.

Dans les premiers mois de 1898, trois adhérents nouveaux se sont inscrits pour une somme totale de 671 fr. 50.

Or cette année notre portefeuille a été augmenté de plus de 2000 fr. de rente.

Notre encaissement sera donc grossi d'environ 7000 fr. et nous n'aurons, comme dépense supplémentaire, que deux retraites nouvelles à payer, l'une de 600 fr. et l'autre de 248 fr.

Nous aurons donc à payer cette année 16.243 fr. de pensions et nos revenus sont de 20.136.90.

Tout le reste des encaissements, revenus et cotisations, ira grossir le capital inaliénable et la réserve. Ce seront donc à peu près les mêmes chiffres que l'année dernière.

Le capital de réserve sera donc porté à la fin de 1898 à la grosse somme d'environ 200.000 fr.

La caisse auxiliaire a commencé à fonctionner en 1897, suivant décision de l'assemblée générale.

Elle a payé deux retraites pour la somme de 2036 fr. à des membres qui se trouvent dans l'impossibilité de continuer l'exercice de leur profession.

Elle a, en outre, versé des cotisations au nom de deux membres qui se trouvent aussi dans l'incapacité absolue de travailler, trois cotisations arriérées de 100 fr. chacune, pour l'un et deux de 215 pour l'autre.

Ces versements sont de simples avances qui devront être remboursées sur la retraite.

Elle devra payer, à partir de cette année, la cotisation de Mme veuve L..., laquelle cotisation devra aussi être remboursée sur sa retraite.

Je termine, Messieurs, en mettant sous vos yeux le tableau du portefeuille dont la valeur totale au bilan du 31 décembre 1897 est de 666.845 fr. 25. Au 31 mars dernier elle montait, par suite des acquisitions de 1897, à la somme de 706.899 fr. 20, fortune actuelle, ce qui, ajouté à l'encaisse à la même date, *porte l'avoir total de notre Association à la somme de* **730.290 fr. 14**.

J'ai fini, Messieurs, avec cette longue énumération de chiffres. Tous ces détails que je vous donne, je les crois nécessaires. Il est bon que chacun de vous puisse se rendre compte facilement de la situation et de la marche de notre caisse.

Un mot en terminant : je crois qu'il serait très désirable que notre œuvre fût plus connue. Un très grand nombre de nos confrères ignorent son existence, et beaucoup viendraient à nous, s'ils nous connaissaient ; nous devons donc faire appel à la publicité, à la propagande, et chercher de nouveaux adhérents. C'est, du reste, une question vitale pour notre œuvre.

Le Trésorier, H. VERDALLE.

PIÈCES ANNEXES.

Retraites payées en 1897.

Par la caisse générale :

MM. G. fr.	195 »	Report	5.608 50
L.	600 »	Mme C.	1.200 »
H.	1.200 »	MM. B.	1.200 »
L.	600 »	L.	1.246 »
R.	109 50	Le G.	464 40
V.	1.200 »	D.	235 »
B.	244 »	G.	758 »
G.	260 »	G.	1.200 »
B.	600 »	C.	248 »
Mme B.	600 »	B.	1.200 »
A reporter	5.608 50		13.359 90

Total des retraites payées en 1897 par la Caisse générale.....................		13.359 90
Par caisse auxiliaire :		
MM. H.....................	836 »	
C.....................	1.200 »	
		2.036 »
Nouvelles retraites payables en 1898.		
MM. D.....................	248 »	
P.....................	600 »	
		848 »
		16.243 90

Portefeuille.	
19 obligations communales 1879....	9.504 40
300 oblig. chemins de fer du Midi....	144.740 »
4.560 3 % amortissable................	155.936 »
100 oblig. foncières 1883.............	47.900 »
50 oblig. communales 1892..........	25.337 50
100 oblig. Orléans......................	48.500 »
20 oblig. foncières 1879.............	10.098 05
102 oblig. Paris-Lyon-Méditerranée..	49.116 60
50 oblig. Ville de Paris 1896........	20.050 »
1.800 3 %................................	61.830 »
50 oblig. Est..........................	21.050 »
120 oblig. Banque hypothécaire......	69.782 70
	666.845 25

Tous ces titres sont nominatifs, immatriculés au nom de la Caisse des pensions, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être ni perdus, ni volés, qu'ils ne peuvent être ni cédés, ni vendus, sans des formalités difficiles et toutes particulières.

Pour les céder ou les vendre, il faudrait une délibération du Comité directeur, laquelle délibération devrait être notifiée et certifiée à l'administration par signatures légalisées du Secrétaire général, du Président et d'un Censeur.

Même pour un simple remboursement d'une seule obligation sortie au tirage, ces formalités très méticuleuses sont exigées, de même lorsqu'il y a remploi, c'est-à-dire achat d'une obligation de même nature, pour remplacer celle qui est sortie au tirage.

Il est donc établi que toutes les précautions sont prises pour assurer à notre trésor, et j'ajoute, à notre trésorier, toute sécurité. Simple concierge, il entretient notre immeuble et touche les loyers, très heureux, du reste, pour sa propre responsabilité, d'en être réduit à ce rôle modeste, mais qui n'est pas sans quelque grandeur. Concierge nouveau jeu qui, du fond de sa loge, préside au mouvement d'édification continue de l'immeuble, dont vous lui avez confié la gérance et donne des ordres pour que chaque année des étages s'ajoutent aux étages sur les fondations qu'il a contribué lui-même à établir...

Ces explications déjà données à plusieurs reprises, il est bon de les répéter chaque année, Messieurs, pour qu'il ne soit permis à personne, soit autour de nous, soit chez nous-mêmes, d'avoir le moindre soupçon ou la moindre crainte sur la sécurité de notre œuvre. Nous pouvons affirmer qu'elle est absolue.

Le Président propose à l'Assemblée de voter de chaleureux remerciements au trésorier qui s'est dévoué à l'œuvre. (*Nombreux applaudissements.*)

L'ordre du jour est continué.

M. le Président explique qu'il s'est beaucoup occupé de la question de la reconnaissance d'utilité publique, lit les règlements qui se rapportent à cette reconnaissance et démontre que la Caisse n'aurait aucun avantage à cette transformation. Les prêts hypothécaires ne seraient pas plus admis dans une situation que dans l'autre et deux ou trois articles de ce règlement sont inacceptables avec le fonctionnement de notre caisse (nombre des membres présents à l'Assemblée générale, placement de fonds, caisse de réserve, dépendance de l'autorité préfectorale etc.). L'assemblée décide qu'il n'y a pas lieu de continuer dans cette voie et prononce le statu quo.

L'assemblée ratifie les décisions du Comité en ce qui concerne les demandes de MM. B. et G. Elle autorise le trésorier à verser à M. G. les intérêts des sommes et les sommes versées par lui en avance pour Mme G. ; mais décide que les sommes versées pour sa nouvelle assurance ne peuvent lui être remboursées.

MM. Sutils, Baronnet et Hiblot, censeurs sortants, sont réélus pour 3 ans.

Le Secrétaire-général lit les noms des dix nouveaux adhérents, avec les primes annuelles que ces adhérents auront à payer, primes arrêtées au Conseil du comité directeur.

Les retraites suivantes, arrêtées par le comité directeur, sont approuvées par l'Assemblée.

Retraites à payer en 1898.

MM.	C....fr.	195 »		Report....	8.054 90
	L.......	600 »	MM.	G.......	464 40
	H.......	1.200 »		D.......	235
	L.......	600 »		L.......	758
	de R...	109 50		G.......	1.200 »
	V.......	1.200 »		C	248 »
	B	244 »		B	1.200 »
	G.	260 »		H.	836 »
	B.......	600 »		C.......	1.200 »
Mmes	C.......	600 »		D	248 »
MM.	B	1.200 »		P.......	600 »
	L.......	1.246 »			16.243 90
	A reporter ..	8.054 90			

M. le secrétaire du Comité des censeurs lit le rapport suivant :

Le Comité des censeurs, après avoir pris connaissance du compte-rendu de M. le Trésorier, de toutes les pièces de comptabilité et avoir eu sous les yeux et vérifié tous les titres comprenant le portefeuille de la caisse, constate la parfaite régularité des opérations et l'exactitude de la situation de la caisse. Le comité vote des remerciements à M. le Dr Verdalle, trésorier, pour son dévouement à l'œuvre.

Dr Hiblot.

L'assemblée générale est appelée à son tour à vérifier le portefeuille.

Une obligation 79, n° 72.309 est sortie au tirage de 1897, décembre : l'assemblée décide que le trésorier sera autorisé à en toucher le montant.

L'assemblée, consultée, est d'avis que le trésorier peut placer les fonds disponibles en achetant des obligations de villes françaises ou de départements. MM. les adhérents sont invités à informer le comité, quand une occasion qui leur paraîtra avantageuse pour la caisse se présentera.

M. Saint-Philippe propose de faire de la propagande d'une façon efficace et dans ce but que, chaque année, un résumé de la situation de la caisse soit adressé aux syndicats de France, aux journaux médicaux et aux sociétés locales avec prière de les communiquer en séance. On pourrait, dans ce résumé, publier les noms des membres du bureau et donner quelques détails succints et intéressants sur le fonctionnement de la caisse.

L'assemblée approuve la proposition de M. Saint-Philippe, dit que tous les moyens de propagande bons et désirables doivent être utilisés. Elle prie M. le Dr Verdalle de vouloir bien rédiger dans ce but une petite brochure très courte et très claire donnant les principales parties de son rapport et quelques notes sur les statuts. Cette brochure sera envoyée à 10 exemplaires, avec le procès-verbal de la séance, à tous les adhérents de la caisse, à tous les présidents des syndicats et des sociétés locales.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire général, Dr Delefosse. — *Le président,* Dr Lande.

N. D. L. R. — Le *Concours médical* a publié au n° 25 de l'année dernière, sous l'inspiration de plu-

sieurs de ses membres, ayant appartenu à l'armée et à la marine, un pressant appel à la prévoyance visant la participation à l'œuvre dont nous venons de dire la prospérité. De l'enquête poursuivie par nous depuis cette époque, il résulte que l'article correspondait à de réelles et urgentes préoccupations. Si riche et si puissante qu'elle soit, la caisse des Invalides ne peut, enchaînée par ses statuts, se prêter aux combinaisons diverses que réalise la *Caisse des pensions du Corps médical français*. Nous engageons donc de nouveau les médecins de l'armée et de la flotte à relire ce que nous écrivions, il y a un an. La prévoyance *imposée* ne suffit plus en présence des nécessités toujours croissantes et parfois imprévues ; l'état du budget ne permet pas d'espérer que les pensions militaires soient augmentées d'ici longtemps ; il deviendra bientôt impossible aux médecins militaires retraités de se créer quelques ressources par la clientèle civile : voilà trois raisons qui obligent nos confrères de la marine et de l'armée à un effort personnel de prévoyance. Le conseil leur est d'ailleurs donné par leurs aînés : ils peuvent donc être certains qu'ils n'ont que du profit à en tirer.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb.

D'après le Dr *Tardif*, de Longué, le meilleur traitement médical de l'ongle incarné est l'emploi du nitrate de plomb. « Je l'ai vu appliquer, dit-il, dans l'*Anjou médical,* (mars 1898), pour la première fois par mon confrère, le Dr Chailloux, avec plein succès, dans un cas très sérieux de plusieurs ongles incarnés, sur la même personne. Je l'ai employé moi-même depuis ce moment et toujours avec le même résultat. Si je le préconise à nouveau, c'est donc en connaissance de cause.

Voici comment il convient d'agir :

1° Avec une spatule très plate, ou un vulgaire bout d'allumette, glissez entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir atteint la gouttière péri-unguéale, une mince couche d'ouate suffisamment longue pour que son autre partie libre se trouve recouvrir toute la partie saine de l'ongle ;

2° Préparez une petite mèche d'ouate que vous roulez entre les doigts et placez-la longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéale, à la limite où vous jugez les chairs saines ;

3° Dans l'espèce de rainure ainsi formée et où vous n'apercevez que le bourrelet fongueux, mettez le nitrate de plomb régulièrement tassé, rabattez l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche ci-dessus, ajoutez encore un peu d'ouate et placez une bande de gaze mouillée.

Le lendemain, enlevez ce pansement. Au lieu de chairs sanieuses et suppurantes, vous êtes le plus souvent tout surpris de trouver des tissus rosés et de bon aspect. Replacez un pansement comme ci-dessus, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce que vous puissiez nettement voir le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants.

Changez alors de tactique. Patiemment, en une ou deux séances, relevez ce bord avec un peu d'ouate que vous glissez dessous, cessez l'emploi du nitrate de plomb, à moins que vous ne jugiez, par hasard, les chairs encore insuffisamment détruites, faites un pansement sec, dites au malade de continuer ainsi, et c'est tout. L'ongle croîtra par-dessus les chairs qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées, il aura repris son chemin normal, notre malade sera guéri.

Je crois pouvoir ajouter ceci : il n'y a pas un ongle incarné vulgaire, dont on ne vienne à bout avec ce traitement patiemment suivi. S'il se reproduit (c'est assez rare), on recommence le traitement dès le début, et le patient ne s'aperçoit pour ainsi dire pas de son ennui. Des cinq malades que j'ai traités par ce procédé, un seul a eu jusqu'à présent une récidive, il s'est soigné lui-même. J'en ai opéré deux, après avoir essayé des traitements variés, avant que je connusse l'emploi du nitrate de plomb. Je revois parfois un de ces malades, il prétend à bon droit souffrir de ses chaussures. Je ne recommencerai sans doute pas de si tôt.

Ainsi donc : 1° désavantage du procédé : récidive possible sans doute, mais rare, et qui provient infailliblement de ce que le malade ne surveille pas son ongle qui se développe ; récidive possible à laquelle il est facile de parer en deux ou trois jours, avec un seul pansement chaque matin.

2° Avantages : peu coûteux, facile à appliquer sans même être obligé le plus souvent de condamner le malade à l'absolu repos, peu douloureux, presqu'infaillible.

Le nitrate de plomb mérite donc dans la thérapeutique de l'ongle incarné une juste préférence, il doit reprendre la place qu'il a perdue.

M. le Dr H. *Marais* (de Honfleur) qui avait pris connaissance de cette note, l'analyse dans l'*Année médicale de Caen*, et ajoute les réflexions suivantes :

« Il y a fort longtemps qu'on guérit l'ongle incarné sans opération. Pour notre compte, nous n'avons jamais eu besoin de recourir à l'intervention chirurgicale, et nous avons toujours réussi en appliquant une méthode que nous avions vue employer par Le Fort, et qu'il a décrite dans le *Manuel de Médecine opératoire*, de Malgaigne (1). Elle consiste à introduire, d'abord entre l'ongle et la partie végétante, une fine mèche de charpie ou une lanière d'amadou imbibée de perchlorure de fer, et à maintenir le tout avec une petite bande de baudruche ou de diachylon.

Au bout de quelques jours, ce pansement se détache spontanément : on arrive alors facilement dans le fond du sillon unguéal et on répète la même opération en soulevant l'ongle de façon à passer une partie de la petite lanière d'amadou sous le bord de l'ongle. Quand ce pansement est bien exécuté, les malades marchent sans aucune douleur. Il suffit de leur recommander de ne jamais porter de chaussures, ni même de chaussettes *trop courtes* ; de couper l'ongle carrément (2) On a même conseillé de pratiquer une encoche sur le bord libre dans le voisinage

(1) 8e édition, p. 117. — 9e édition, p. 189.
(2) *Concours Médical*, 1881, p. 58.

de la partie incarnée; cette perte de substance aidant au redressement de l'ongle pendant sa croissance. Le Fort conseille, pour éviter les récidives, de ramener le second orteil au-dessus du premier, en le maintenant dans cette position au moyen d'une petite bande emplastique.

Gosselin avait remarqué que l'ongle incarné était surtout une affection de l'adolescence. Il est possible qu'elle soit plus fréquente chez les jeunes gens, mais on la rencontre aussi très souvent chez des sujets de vingt à trente-cinq ans, et nous avons noté que la mode des chaussures à bouts pointus avait occasionné une recrudescence de cette affection, que nous avons observée même chez de jeunes enfants, fait bien rare, puisque Gosselin dit n'en avoir jamais rencontré avant quatorze ans.

En résumé, on ne devrait jamais opérer un ongle incarné, car un traitement très simple et une bonne hygiène de la chaussure permettent de débarrasser radicalement les malades de leur infirmité. »

La perméabilité rénale.

Nous avons parlé, il y a quelque temps, des expériences de M. Achard sur la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène ; M. le professeur Bard, de Lyon, a repris ces expériences avec son interne M. Bonnet, et il en a tiré les conclusions suivantes :

1° La perméabilité du rein est notablement diminuée dans les néphrites interstitielles à toutes leurs périodes.

2° Dans les néphrites épithéliales, cette perméabilité est au moins normale et le plus souvent accrue.

3° Dans les néphrites interstitielles secondaires aux néphrites épithéliales, il existe une dissociation de la perméabilité, qui est normale ou accrue pour le bleu de méthylène, diminuée pour l'iodure de potassium. Il est probable que cette opposition résulte des conditions différentes dans lesquelles se fait l'élimination de chacune de ces deux substances, l'une minérale et simplement diffusible, l'autre organique et colloïdale, et que la même différence doit se retrouver pour toutes les substances qui leur sont assimilables.

4° Dans les autres lésions rénales, la perméabilité paraît peu modifiée; tout au moins, elle s'est montrée normale dans des cas de pyélonéphrite ascendante, de néphrite mercurielle chronique et d'anasarque névropathique.

5° L'intoxication par défaut d'épuration urinaire ne peut exister que dans les néphrites interstitielles, primitives ou secondaires ; dans les néphrites épithéliales, il existe, au contraire, une dyscrasie par déperdition, due à l'excès de perméabilité des reins.

Les modifications de densité et de toxicité du sérum sanguin et de l'urine sont en rapport elles-mêmes avec ces variations de la perméabilité rénale : d'où les différences fondamentales de ces propriétés entre les néphrites épithéliales et les néphrites interstitielles.

6° L'exploration de la perméabilité rénale, par l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène ou d'iodure de potassium, fournit des renseignements utilisables en clinique, à condition tout à la fois de tenir compte des diverses lésions rénales, des causes d'erreur de l'exploration et de les interpréter rationnellement.

7° Le bleu de méthylène ne donne des indications précises que lorsqu'il s'élimine en nature: il ne permet pas d'apprécier utilement la perméabilité rénale dans les cas où les leuco-dérivés dominent ; c'est ce qui a lieu en particulier, quand on a affaire aux urines ammoniacales des prostatiques ou des uréthraux.

L'iodure d'arsenic chez les enfants scrofuleux.

M. le Dr *Rousseau Saint-Philippe* recommande l'usage de l'iodure d'arsenic contre la scrofule des enfants.

L'iode est depuis longtemps employé, dans ces cas, contre l'état général ; mais l'iode métallique, l'iodure de potassium sont difficilement tolérés par les enfants ; l'iodure de fer n'est pas assez riche en iode. M. Rousseau a eu l'idée d'employer l'iodure d'arsenic. Les résultats ont été très satisfaisants. Pour pouvoir efficacement les apprécier, il a supprimé, chez les enfants traités, tout traitement local autre que les lavages à l'eau bouillie, et cependant leurs dermatoses guérissaient. Il emploie l'iodure d'arsenic en solution dans l'eau ; cette solution doit être faite à froid pour éviter la décomposition partielle du produit.

La solution doit être à 1 pour 100 ; elle est stable, se conserve et s'accepte facilement. On la donne progressivement de *une* à *dix* gouttes entre 3 et 12 mois ; de *dix* à *vingt* et même *vingt-cinq* à un âge plus avancé, dans une cuillerée d'eau ou de lait très sucré, ou mieux, plus tard, aux repas mêmes.

Les fortes doses produisent des phénomènes d'intolérance, tels que diarrhée, inappétence, insomnie, agitation ; il suffit alors d'interrompre la médication quelques jours et de la reprendre ensuite. Les résultats sont parfois merveilleux.

Cette médication nous paraît bien dangereuse et nous nous demandons pourquoi abandonner l'ancien traitement classique par l'iodure de fer et les eaux minérales arsenicales.

Une difficulté du diagnostic de la pleurésie purulente gauche.

M. le Dr *Lemaître* a rapporté à l'Académie de médecine plusieurs faits qui tendent à prouver que la pleurésie purulente gauche est parfois difficile à diagnostiquer, surtout au point de vue de l'évaluation de la quantité de liquide épanché. Voici, entr'autres, une de ses observations :

Une jeune femme de vingt et un ans, à la suite d'un accouchement, présenta une pleurésie gauche à répétition. L'état général s'aggravant, on se décida à pratiquer l'empyème qui donna issue à 4 litres de pus très fétide. Et pourtant, avant l'opération, tandis qu'on constatait que le cœur battait à droite, on avait observé, en avant du poumon, jusqu'à la cinquième côte et dans le creux axillaire, une sonorité tympanique. Aussi avait-on pensé qu'il n'y avait que peu de liquide dans la plèvre.

Dans deux autres cas, M. Lemaître a pu re-

trouver le même phénomène, mais moins accentué. Cette sonorité anormale doit être attribuée au tympanisme de l'estomac ou du côlon : ce dernier, dans un cas suivi d'autopsie, a été trouvé si distendu qu'il mesurait douze centimètres de diamètre.

Les inconvénients des alcalins à haute dose.

Personne n'ignore que les alcalins donnés trop longtemps ou à trop forte dose, provoquent de la débilitation et des hématuries. M. le professeur *Hayem* a montré récemment à la Société médicale des Hôpitaux que l'usage intempestif des alcalins, employés contre l'hyperacidité, pouvait au contraire augmenter cette hyperchlorhydrie. Tous les alcalins peuvent produire ce phénomène paradoxal, et principalement le bicarbonate de soude pris pendant longtemps à haute dose. Les eaux minérales bicarbonatées agissent encore plus que le bicarbonate lui-même, parce qu'elles en facilitent l'absorption.

Cette hyperchlorhydrie s'observe chez les sujets qui ont des glandes normales en assez grand nombre. Chez les hypopeptiques, le résultat obtenu par l'usage prolongé des alcalins est l'apepsie.

En résumé, l'usage des alcalins à hautes doses exagère le type chimique primitif.

Traitement de l'eczéma infantile.

Dans une leçon magistrale, publiée dans la *Médecine moderne*, M. Comby étudie l'eczéma infantile et en donne un traitement très complet. Il estime que le pronostic de l'eczéma des nourrissons, quand il est étendu et durable, est sérieux et l'on doit le traiter avec le plus grand soin.

On doit agir de deux façons : directement (*traitement local*), et indirectement (*traitement général*).

1° *Traitement général.* — Au premier rang doit être placée l'hygiène alimentaire du nourrisson. Quelle que soit la cause de l'eczéma, même si elle n'a rien à voir avec le tube digestif, il est certain que les troubles dyspeptiques, que les fermentations gastro-intestinales, que les troubles fonctionnels du foie et des glandes annexes, que les intoxications alimentaires favorisent ou entretiennent les poussées, les rechutes, les exacerbations, les aggravations de l'eczéma.

Si l'enfant est à la mamelle, on règlera strictement le nombre, la durée et les intervalles des tétées. Si la réglementation est inefficace, on s'occupera du régime de la nourrice et l'on écartera les causes qui pourraient affecter son lait : alcool, abus des viandes, absence d'exercice, constipation, ennuis et émotions morales vives.

S'il s'agit d'allaitement artificiel, on sera encore plus sévère ; suppression des biberons à tube, stérilisation du lait, lait pur ou coupé suivant l'âge et la tolérance de l'enfant, sucrage du lait, propreté absolue dans la manipulation et l'usage du lait. Si le lait de vache continue à n'être pas supporté, on essaiera du lait d'ânesse ou du lait décaséiné de Goertner, etc. Si l'enfant est sevré et mange déjà comme ses parents, on insistera sur le choix et le rationnement des boissons et des aliments.

Boissons : pas d'alcool (vin, bière, cidre, etc.), ni thé, ni café ; lait pur, coupé ou écrémé, eau pure, tisanes, régime lacté absolu ; on rationnera les liquides, l'enfant ne devra pas boire en dehors de ses repas et se contentera d'une dose modérée c'est-à-dire de 400 à 500 grammes par jour.

Aliments : pas de poissons de mer, de crustacés (langoustes, homards, crevettes, coquillages, écrevisses), pas de viande de porc, ni salaisons, pas de charcuterie, de viandes faisandées, de viande noire et gibier sauvage, pas de choux, choux-fleurs, salades et crudités, asperges, tomates, épinards, oseille, fraises, framboises, groseilles, oranges, pas de mets épicés, de fromages forts et salés (roquefort, brie, camembert, chester, etc.). On interdira les aliments trop acides, épicés, salés, sucrés.

On donne trop tôt la viande, surtout la viande rouge, aux enfants à peine sevrés ; on abuse des viandes saignantes, des beefsteaks, des jus de viande ; en agissant ainsi, on donne souvent le ténia aux enfants, mais on ne les fortifie pas, bien au contraire, et quand ils ont de l'eczéma, on l'exaspère. On devra toujours commencer par les viandes blanches (sauf le veau) : poulet, pigeon, ris de veau ou d'agneau, cervelles côtelettes d'agneau : on en donne d'abord à un repas, et après 3 ans, on peut en donner deux fois. Les viandes de canard, oie, dinde, sont trop lourdes, et trop indigestes pour les jeunes enfants. A la viande on doit préférer, en général, les œufs, les laitages et les végétaux : pain grillé et biscottes, soupes et panades, féculents en purée (pommes de terre, haricots, pois, lentilles). On se défiera des sucreries, des bonbons, des pâtisseries.

Cure d'air et cure thermale. — Il faut donner de l'air aux petits eczémateux, tout en évitant les intempéries ; on les fera sortir tous les jours. On se trouvera parfois très bien d'un changement d'air, d'un transport à la campagne ; mais on évitera le bord de la mer. Les nourrissons ne sauraient être soumis à une cure thermale quelconque. Ce n'est que plus tard, dans la seconde enfance, quand l'eczéma passe à la chronicité, quand il n'est ni irrité, ni irritable, qu'on peut songer aux eaux arsénicales, aux stations sulfureuses et aux alcalines.

Médicaments. — Chez les nourrissons, il faut s'abstenir des médicaments actifs qui ont la réputation ancienne d'être *antidartreux* ou *antiherpetiques* ; j'ai nommé l'arsenic et les sirops dépuratifs, en général. Il faut les réserver pour la seconde enfance et l'âge mur. Je me contente, chez les enfants du premier âge, de combiner l'usage modéré des alcalins à l'usage également modéré des laxatifs et des antiseptiques de l'intestin.

Si l'enfant a de l'embarras gastrique, des selles fétides, on se trouvera bien du calomel à doses fractionnées (un centigramme par jour et par année d'âge en 3 ou 4 prises dans une cuillerée à café d'eau sucrée ou de lait).

S'il n'y a pas d'épiphénomène aigu du côté du tube digestif, je prescris deux ou trois paquets contenant chacun : bicarbonate de soude, magnésie calcinée, benzonaphtol (15 à 30 centigr. suivant l'âge), poudre de noix vomique (1/2 à 1 centigr. par jour et par année d'âge).

Ces paquets sont continués pendant 8 ou 10 jours, puis suspendus pendant un temps égal pour éviter l'accumulation de la noix vomique. On peut modifier ces poudres en y ajoutant un peu de rhubarbe, un peu de pancréatine ou de pepsine. S'il y a de la diarrhée, je remplace la magnésie calcinée par le salicylate de bismuth. Chez les enfants très pâles et anémiques, j'ajoute quelques centigrammes de *protoxalate de fer* (2 à 5 centigr. par jour suivant l'âge).

Grâce à ces médicaments, on obtient souvent, la régularisation des fonctions gastro-intestinales et l'on favorise grandement l'action du traitement local.

2° Traitement local. — Quand on fait concurremment le traitement général que je viens d'indiquer, on peut se montrer audacieux dans les tentatives de traitement local, car l'on se met à l'abri des répercussions autrefois si redoutées.

Tout d'abord, il faut interdire les *bains* et se montrer sobre des pansements humides. Après avoir donné un bain de sublimé (1 pour 10.000), on n'y reviendra pas et l'on attaquera directement l'eczéma par des topiques, d'abord anodins, puis actifs, si la nécessité s'en fait sentir.

S'il y a des croûtes épaisses, on les fait tomber avec un cataplasme d'amidon. Puis on panse à sec, si le derme est rouge, suintant et douloureux. Les pansements humides, dans ces cas, entravent la kératinisation et il vaudrait mieux panser comme une brûlure (acide picrique à 1 pour 100). Si l'eczéma est prurigineux, les enveloppements avec les compresses imbibées de liniment oléocalcaire ou d'huile de morue sont très utiles. Les toiles de caoutchouc sont mal supportées par les enfants.

Avant de recourir aux pommades *soufrées* ou *goudronnées*, très irritantes, on s'adressera aux topiques doux : glycérolé d'amidon, vaseline ou lanoline avec oxyde de zinc à 1 % ou sous-nitrate de bismuth (même dose). Les colles, les pâtes à l'oxyde de zinc peuvent être employées.

Le pansement sec donne parfois des résultats merveilleux dans les eczémas étendus ou les dermites eczématiformes irritées et suintantes. Je me sers généralement du mélange suivant que j'emploie *larga manu* :

Amidon...............	20 grammes.
Talc...................	
Lycopode..............	
S. n. de bismuth.......	
Acide salicylique.......	1 —
Menthol...............	0 gr. 50

Le poudrage calme les démangeaisons, protège les surfaces irritées, favorise la réparation de l'épiderme. C'est le traitement de choix des eczémas de la première enfance. A lui seul, il peut suffire à la guérison d'une poussée d'eczéma. Mais il est incomplet, il n'atteint pas la cause intime que nous avons cherché à dégager et à combattre par le traitement interne indiqué plus haut.

MÉDECINE PRATIQUE

L'emphysème pulmonaire.

On donne le nom d'emphysème pulmonaire à une altération anatomique du poumon qui consiste en une distension très considérable des cavités alvéolaires. C'est une sorte d'infiltration généralisée de l'air dans le tissu pulmonaire. Laënnec est le premier qui vit et décrivit les lésions de l'emphysème. Avant lui, on confondait, comme le monde encore aujourd'hui, l'asthme et l'emphysème sous le nom vague de *catarrhe suffocant*; on dit encore d'un emphysémateux qu'il a *la poitrine grasse.*

En général, l'emphysème accompagne la bronchite chronique ou lui succède ; c'est une lésion due aux efforts exagérés d'expiration et non d'inspiration, comme le croyait Laënnec. Toutes les affections contribuant à encombrer les tubes respiratoires, comme la bronchite fréquente, la coqueluche, la diphtérie, toutes les professions qui exposent aux inhalations de vapeurs irritantes, aux pressions d'air excessives, aux mouvements rapides contre le vent, comme les métiers de verriers, de cochers, de mécaniciens, de jockeys, de coureurs, les excessives vitesses de bicyclette, tout cela constitue l'ensemble des causes de cette pénible affection qui a nom l'emphysème.

Dans quelques cas, les efforts d'inspiration peuvent produire aussi des lésions d'emphysème vicariant ou compensateur. Tel est le cas de l'emphysème qui se produit autour des foyers de bronchopneumonie (foyer d'atélectasie), ou chez les nouveau-nés, par le fait de l'insufflation ou même chez certains asthmatiques.

D'ailleurs l'emphysème pulmonaire, en dehors des causes mécaniques violentes, telles que les efforts respiratoires des cochers, coureurs, verriers, etc., ne survient généralement que chez des sujets arthritiques, goutteux ou obèses : il y a dans l'emphysème une cause trophique, avant même la cause mécanique. De même que la dilatation de l'estomac ne survient pas chez tous les gens qui mangent et qui boivent beaucoup et trop vite, parce que tous ne sont pas également arthritiques, de même tous ceux qui font des efforts expiratoires ne deviennent pas emphysémateux, s'ils ne sont pas de souche goutteuse.

L'emphysème est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, en raison même des efforts plus considérables et de la plus grande fréquence de l'arthritisme. Chez l'enfant, on n'observe guère que l'emphysème aigu.

Les lésions anatomiques de l'emphysème sont plus abondantes aux sommets et aux bords antérieurs des poumons. « Elles se présentent à l'œil nu sous forme de petites grappes spongieuses qui donnent au parenchyme une coloration blanc-grisâtre et tranchent souvent d'une façon très nette sur la couleur foncée des parties voisines. Les régions emphysémateuses s'affaissent difficilement ; elles crépitent peu sous le doigt et donnent une sensation particulière que Laënnec a comparée à celle du duvet. » (Laveran et Teissier.) L'air ainsi épanché est inégalement réparti dans les alvéoles (emphysème vésiculaire) et entre les lobules (emphysème interlobulaire) ; il filtre même entre le poumon et la

plèvre qu'il décolle (emphysème sous-pleural) et peut former de véritables sacs d'air, tellement volumineux que dans un cas resté classique, on en avait confondu un avec l'estomac distendu par les gaz.

Les lésions concomitantes de l'emphysème pulmonaire sont : la dilatation du cœur droit et sa dégénérescence graisseuse, l'abaissement du foie, la dilatation de l'estomac, l'athérome, les hernies, l'emphysème du médiastin, du cou, des membres.

Au point de vue histologique, dans le poumon, les lésions pulmonaires sont caractérisées surtout par la destruction des fibres élastiques, l'oblitération des vaisseaux capillaires, la sclérose du tissu connectif interstitiel. Ce sont, en somme, des lésions assez analogues à celles de l'athérome artériel, à la sclérose synoviale articulaire, etc.

Symptômes

Il est exceptionnel que l'emphysème pulmonaire débute rapidement. Le plus souvent, il reste latent et n'est décelé que par une bronchite aiguë, un effort de marche, une ascension rapide et précipitée, une violente colère. C'est donc une crise de dyspnée et une série de violentes quintes de toux, suivies d'expectorations blanches et mousseuses, qui éveillent l'attention du malade ou de son entourage. A partir de ce moment, le sujet s'aperçoit qu'il a la *poitrine grasse*, la *respiration courte*, qu'il est *poussif* et anhélant, *qu'il manque de souffle*, phénomènes qu'il attribue à l'asthme.

La poitrine de l'emphysémateux est globuleuse, d'une sonorité tympanique à la percussion et sa respiration est bruyante, sifflante, accompagnée de bruits musicaux.

Le malade est plus ou moins oppressé, dyspnéique suivant l'humidité et le froid de l'atmosphère, suivant la pression barométrique, suivant la rapidité de sa marche. « Le facies est quelque peu empâté, injecté, violacé, les lèvres sont gonflées, les veines du cou saillantes, les creux claviculaires effacés et comme bombés ; le tronc est incurvé en avant, les extrémités des membres ont la plus grande tendance au refroidissement et sont le siège d'une sueur plus ou moins visqueuse : les fonctions digestives s'exécutent imparfaitement ; il y a une dyspepsie, qui précède presque constamment l'arrivée des accès de suffocation, avec tympanite et congestion hémorrhoïdale plus ou moins prononcée.

« La percussion de la poitrine donne un son clair dans toutes les parties qui sont le siège de l'emphysème, avec dilatation des espaces intercostaux et soulèvement des côtes correspondantes.

« Quant aux bruits respiratoires, ils sont profondément troublés, plus ou moins affaiblis et disparaissent quelquefois complètement lorsque la maladie est très avancée ; le plus souvent ils s'accompagnent de râles secs, sonores, sibilants, ronflants, plus ou moins prononcés pendant l'expiration, l'expiration est prolongée, sans exclusion de quelques râles sous-crépitants humides ; les crachats sont visqueux, très aérés, blancs ou blanchâtres, quelquefois jaunâtres. Leur expuition est précédée de quintes de toux prolongées, d'accès de suffocation qui vont parfois jusqu'à la plus grande anxiété, jusqu'à l'asphyxie.

« Enfin, le symptôme dominant est celui-ci : accès d'asthme se développant sous l'influence des causes les plus variables, les plus hétérogènes, les plus imprévues. Tout emphysémateux est, en effet, voué à l'asthme, tandis qu'on peut rester asthmatique pendant bien des années, sans jamais devenir emphysémateux. Les fonctions du myocarde sont, le plus souvent, troublées, les cavités droites se dilatent les premières, le cœur s'hypertrophie, le pouls se rapetisse et cet accroissement de volume du cœur, au lieu de se traduire par une augmentation de matité, est au contraire voilé par un son clair, dû à l'ectasie pulmonaire ». (J. Mascarel, in *Traité de médecine clinique et de thérapeutique*, Maloine, 1895.)

« La contraction régulière des muscles abdominaux est nécessaire à l'intégrité de la digestion intestinale. Sous l'influence du refoulement des viscères qui produit une respiration diaphragmatique active, ces muscles se laissent distendre, ils n'exercent plus une pression suffisante sur les anses intestinales, qui elles-mêmes se distendent, d'où une paresse notable dans les fonctions de l'absorption. Souvent la dyspepsie est un des premiers symptômes dont se plaignent les emphysémateux.

« L'emphysème est une affection dont l'évolution est lente, presqu'insensible, tant que les choses restent dans de justes limites, tant que le malade est raisonnable et calme. La vie est pénible, mais elle n'est pas abrégée. Au contraire, lorsque le cœur droit a été forcé, il n'en est plus de même, l'emphysémateux rentre dans la catégorie des individus atteints d'une affection organique du cœur ; il meurt fréquemment au milieu des accidents de l'asystolie ; toutes les affections aiguës des voies respiratoires revêtent chez lui un caractère de sérieuse gravité.

« Les emphysémateux rendent fréquemment de grandes quantités d'acide urique par les urines. » (Laveran et Teissier.)

Diagnostic.

L'emphysème pulmonaire est caractérisé surtout par une grande difficulté de l'expiration : chez l'asthmatique, au contraire, l'essoufflement a sa cause dans l'effort d'inspiration ; chez le cardiaque, les efforts expiratoire et inspiratoire sont également pénibles.

D'ailleurs, la grande sonorité thoracique à la percussion et l'expiration prolongée accompagnée de nombreuses sibilances à l'auscultation, sont des signes auxquels on ne se trompe pas.

On a souvent répété que l'emphysème est une sorte de brevet de longue vie et de garantie contre l'infection bacillaire ; c'est là malheureusement une erreur. L'emphysème admet parfaitement le bacille de Koch et, souvent même, il peut masquer le tubercule, en donnant une apparence de sonorité à un sommet déjà induré.

Il est rare que l'emphysème ne soit pas accompagné de bronchite chronique avec nombreux râles sous-crépitants aux bases et expectoration muco-purulente : c'est là ce qui constitue le *catarrhe humide* des anciens auteurs. Quand, au contraire, l'emphysème existe seul, il ne se manifeste que par l'essoufflement, la respiration sibilante et une expectoration blan-

che, mousseuse, c'est le *catarrhe sec* de Laënnec.

TRAITEMENT.

L'emphysème pulmonaire a un pronostic fort variable. Toutes les fois que l'affection est de nature héréditaire ou que, sans être héréditaire, elle est ancienne, ayant envahi une grande surface pulmonaire, avec accès dyspnéiques plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, la maladie est absolument incurable.

Dans tous les autres cas, on peut obtenir de grandes améliorations, et certainement parfois une guérison complète.

Un grand principe domine le traitement de l'emphysème ; il faut éviter au malade toutes les causes du surmenage de l'appareil respiratoire, les courses, les ascensions d'étages, la bicyclette, le cheval et lui faire prendre périodiquement pendant 10 à 15 jours chaque mois de l'iodure de potassium ou de sodium à petites doses.

L'iodure est le médicament de choix, qui modifie le plus efficacement les accès de dyspnée et la respiration courte, mais à condition qu'il ne soit donné qu'à petites doses, 0,20 à 0,60 centigrammes par 24 heures, et à condition qu'il n'y ait pas dans les poumons à côté de l'emphysème, quelque noyau ignoré de tuberculose; car cette dernière affection ne se trouve pas bien de l'iodure. En ce qui concerne le choix de l'iodure, potassium ou sodium, nous avons déjà exposé dans *le Concours* en 1896, d'après le Dr Briquet, d'Armentières (1), les raisons qui peuvent guider ce choix.

L'iodure de potassium possède une activité supérieure à l'iodure de sodium ; mais, l'iodure de sodium est sans contredit mieux supporté, en ce sens qu'il donne habituellement moins d'iodisme et que son goût est sensiblement moins désagréable.

Le mieux, surtout pour les affections des voies respiratoires, est de commencer par l'iodure de sodium, qui est mieux supporté, et aussitôt la tolérance obtenue, de passer à l'iodure de potassium.

Récemment, on a proposé d'associer la caféine à l'iodure et de donner l'iodure de caféine dans une infusion de café ; ce médicament, toujours administré à petites doses, paraît avoir donné d'excellents résultats et si ses succès continuent, l'avenir le consacrera.

Quant au régime hygiénique, il est extrêmement important dans l'emphysème. Il faut que l'emphysémateux ait de l'air, de l'air, toujours de l'air, mais non de l'air froid et, à ce point de vue, il doit se méfier de l'air de la mer et des montagnes.

M. P. *Delmas*, de Bordeaux, recommande les bains d'air comprimé, dont il a obtenu d'excellents résultats. Voici en quoi consiste le bain d'air comprimé :

Son *instrumentation* est des plus simples, tout en étant délicate à installer, pour en assurer le bon et facile fonctionnement.

Trois organes essentiels la composent. Une *pompe à air* ou compresseur ; un *moteur* à gaz ou à vapeur pour l'actionner et un récipient métallique, appelé *cloche*, dans lequel on place le malade, ainsi plongé tout habillé dans un air constamment renouvelé et à pression variable.

Le *compresseur* peut à volonté aspirer l'air soigneusement filtré en passant dans un caisson métallique clos et rempli de coton hydrophile avant de le refouler dans la cloche.

Ou, tout au contraire, il peut aussi aspirer l'air de la cloche. Par une disposition appropriée, celle-ci en recevant moins du dehors qu'on ne lui en enlève, la pression diminue et la densité du milieu s'abaisse.

Dans ces deux opérations, l'air ne fait que passer rapidement dans la cloche, entraînant avec lui les *ptomaïnes pulmonaires*. Pour mieux faire saisir *l'énergie* de cette ventilation, disons que normalement la fonction respiratoire exigeant un volume d'air de 500 litres environ par heure, la pompe à air en débite 66 mètres cubes, soit 132 fois plus. Aussi, même en donnant deux et trois bains à la fois, l'excédent est tel, qu'il faut en perdre une partie, surtout au début et à la fin de la compression.

La *cloche* a une forme cylindrique à extrémités sphériques. Elle a une hauteur de 2 m. 60 et un diamètre de 2 mètres, soit une capacité de 8 mètres cubes environ. Quatre *hublots* en verre très épais sont placés à la hauteur de 1 m. 30. Ils permettent à la vue de s'étendre au loin, si la cloche est elle-même installée dans un grand espace vitragé situé dans un jardin. Par cette disposition, le malade peut se distraire aisément, à moins qu'il ne préfère se reposer ou causer, car deux personnes se placent à l'aise dans la cloche.

Un *sas* à double porte permet de recevoir de l'extérieur divers menus objets. Une table, des livres sont à la disposition des malades, et s'ils n'occupent leurs loisirs, souvent ils se livrent à un sommeil réparateur d'autant plus facile, que certains d'entre eux éprouvent dès le début même du traitement le sentiment agréable de respirer à *pleins poumons*, au fur et à mesure que la pression s'élève.

Une série d'appareils de mesure : thermomètres, manomètres, baromètres, pendule à index, valves de prise d'air se mouvant sur des cercles gradués, indicateurs de marche du compresseur (vitesse et pression disponibles), permet de régler *mathématiquement* l'administration du bain d'air comprimé.

La pression est généralement d' 1/5 à 1/2 atmosphère. Quant à la durée, elle est d'environ une heure à deux heures.

En ce qui concerne le costume de l'emphysémateux, il doit être nécessairement chaud, mais léger, afin de le soustraire le plus possible aux complications faciles du refroidissement.

L'alimentation doit être modérée, surtout en viande et en épices ; le vin doit toujours être coupé d'eau, les liqueurs sont nuisibles, le café seul peut être autorisé.

De l'air, du repos et de la sobriété, voilà l'idéal auquel doit tendre l'emphysémateux. Chaque année, il devra faire une saison aux eaux minérales arsénicales chaudes ou sulfureuses et suivant le conseil de notre confrère le Dr Tardieu, il se trouvera bien de se soumettre d'une manière continue à la douche naso-pharyngienne chaude salée et boriquée.

Quand on est appelé auprès de l'emphysémateux au moment des crises de suffocation, il faut

(1) Voir page 123, *Concours médical*.

avoir recours aux ventouses sèches en abondance, 50 à 60 ventouses, à la large aération de la pièce, aux sinapismes appliqués aux poignets et aux jambes, aux inhalations d'iodure d'éthyle ou de nitrite d'amyle, ou aux fumigations de poudres médicamenteuses nitrées et belladonées (cigarettes de belladone, de datura, poudres spéciales contre l'emphysème et l'asthme).

En dernière ressource, on aura recours à l'injection hypodermique de morphine, 0.005 à 0.01 centigr.

M. Mascarel conseille l'usage de la potion suivante, par cuillerées à soupe d'heure en heure :

Kermès minéral.......	} àâ	10 centigr.
Extrait de belladone...		
Sirop de capillaire.....	} àâ	25 gram.
Oxymel scillitique.....		
Décocté de polygala.....		100 gram.

Trousseau donnait, en dehors des accès d'emphysème dyspnéique, alternativement l'arsenic et l'iodure de potassium.

Solution n° 1 :

Arséniate de soude....	0.05 centigr.
Eau distillée..........	125 centigr.

une cuillerée à café au principal déjeuner et, le même jour,

Solution n° 2 :

Iodure de potassium...	10 grammes.
Eau distillée...........	125 grammes.

une cuillerée à café au dîner.

Contre la dyspnée permanente, on peut essayer la teinture de lobelie à la dose de 0.20 à 0.50 centigrammes.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La morale de l'affaire Laporte.

Tout est-il fini, en matière de responsabilité médicale, après l'arrêt de la Cour d'appel, que nous avons tous accueilli avec un sentiment de soulagement ?

Oui, en l'espèce, comme on dit au Palais, c'est-à-dire pour le cas particulier de notre confrère : et si l'on n'envisageait que ce côté de l'aventure, les polémiques relatives aux faits et gestes de M. le Dr Socquet n'auraient qu'un intérêt purement rétrospectif, et un caractère trop personnel pour retenir longtemps l'attention.

Mais, posons-nous à nous-mêmes ces questions : « Avons-nous reconquis la sécurité in-« dispensable pour affronter toujours le devoir, « malgré les accidents prévus ou imprévus ? « Notre liberté d'action est-elle aussi complète « qu'autrefois ? Ne restons-nous pas enchaînés « par les liens d'une timidité funeste et incom-« patible avec les difficultés de notre rôle ? »

La réponse n'est pas douteuse. Le dernier tableau du drame Laporte n'a pas fait oublier les deux premiers actes : incarcération et jugement correctionnel. C'est faire payer trop cher l'acquittement, que de l'accorder au terme de ces douloureuses étapes, dont une seule suffit pour briser l'homme et la carrière. Non, nous n'avons pas reconquis la sécurité nécessaire, et le salut des malades n'est plus assuré dans la mesure possible.

Nous réclamons donc des garanties nouvelles, dès l'instruction. Au simple citoyen, les pouvoirs publics ont donné celle de l'assistance d'un avocat pendant les interrogatoires : à nous, *dont la faute d'ordre technique ne peut être relevée que par l'expert de l'accusation*, on doit, en toute justice, l'expert défenseur, le *contre-expert*. On nous le doit, dès le début, laissé à notre choix si possible, comme l'avocat, et désigné d'office, si nous ne savons quel choix faire. Et si l'on arrive à prononcer notre incarcération, il est inadmissible que ce soit sur la phrase verbale d'un seul homme très faillible, phrase plus ou moins exactement reproduite par un greffier, qui ne sait pas toujours la valeur des mots.

Ce minimum de protection est celui que réclamait la dernière assemblée générale du Concours, en même temps que M. le Pr Pinard.

On n'y peut rien retrancher, mais on devrait y ajouter beaucoup, c'est-à-dire l'exposé méticuleux des circonstances qui, hors de l'hôpital parfaitement aménagé et outillé, créent au pracien dix fois plus de chances d'accident et l'examen des conditions de milieu, d'entourage, de défaut de ressources, qui, de la quasi-impuissance devant la complication, font résulter fatalement l'inévitable faute.

Le jour où les experts se placeront sur le terrain de notre pratique journalière, où nous n'avons jamais d'autre devise que de « faire le mieux possible avec des moyens toujours insuffisants », ils ne rencontreront plus de fautes lourdes ou inexcusables : ils se trouveront en présence de fatalités réelles, et concluront en conséquence.

C'est là ce qui faisait dire à notre directeur, dans son allocution à l'Assemblée générale : *« Messieurs les experts, soyez partiaux, si vous vou-« lez être justes envers le praticien incriminé. »*

Telle est la morale de l'affaire Laporte. Il faut que la leçon ne soit pas perdue.

Nous avons donc été heureux de voir l'Association générale adopter à cet égard les mêmes résolutions que l'Assemblée des membres du Concours, et nous comptons sur la réalisation prochaine de ce vœu légitime.

Le Sou médical.

La récente affaire du docteur Laporte a montré aux médecins quelle était, pour eux, l'utilité de s'unir et de se soutenir. Plusieurs associations de secours existaient déjà dans le monde médical parmi lesquelles : l'Association amicale des médecins français et la Société civile du Concours médical. Cette dernière société vient de fonder, sous son patronage, une ligue de protection et de défense professionnelle entre les médecins, d'après un projet de statuts, dont voici l'essence :

Les médecins et étudiants en médecine ayant déjà pris inscription, les internes et externes des hôpitaux, pourront faire partie du Sou médical

Ceci est vraiment intéressant, car on verra ainsi les maîtres et les élèves, les puissants et les faibles, les arrivés et ceux qui travaillent pour parvenir, tous unis dans une même association de secours.

Le but de la ligue est de fournir un appui à

ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts professionnels se trouveraient lésés ou menacés et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber. Cet article est évidemment inspiré par l'affaire Laporte.

La ligue fera bénéficier ses membres de son influence, de ses conseils, de son appui moral et pécuniaire dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le corps médical tout entier, telles que les questions de jurisprudence médicale, de défense contre l'exercice illégal, les empiètements des collectivités, etc.

La forme légale de la ligue est la forme syndicale. Sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

Son siège est à Paris, provisoirement, 23, *rue de Dunkerque*.

La cotisation exigible des membres de la ligue est fixée à cinq centimes par jour.

La ligue ne capitalisera pas. Elle dépensera ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres.

On voit combien cette fondation est intéressante. Elle peut devenir très puissante. A l'heure actuelle, elle ne compte guère que deux cents adhérents. Elle en comptera deux mille avant peu.

Il est évident qu'à une époque où toutes les corporations ouvrières sont syndiquées, les médecins devaient comprendre l'intérêt qu'ils ont à s'unir.

(*Le Matin.*)

Impôt à substituer à la patente du médecin.

Tout médecin voulant se livrer à l'exercice de sa profession est tenu de déposer son diplôme au greffe du tribunal et à la préfecture ; pourquoi cette formalité accomplie ne délivrerait-on pas à ce médecin une carte d'identité revêtue de sa signature et de sa photographie, au moyen de laquelle il pourrait se procurer un papier timbré spécial qui lui servirait pour écrire ses ordonnances ?

Cela n'a l'air de rien à première vue, et cependant il suffit de réfléchir quelque peu pour se rendre compte des conséquences importantes de cette simple réforme.

1° Tout d'abord le médecin seul aura le droit de faire des ordonnances, et ce droit s'affirmera d'une façon évidente, facile à contrôler, parce que seul il aura le papier indispensable pour les écrire.

Par suite, les pharmaciens ne devront exécuter que les ordonnances rédigées sur le papier timbré spécial, et ce, sous peine des poursuites légales.

Les personnes qui actuellement exercent illégalement la médecine, voient des malades, rédigent des ordonnances signées d'une façon plus ou moins lisible, ne pourraient plus se livrer à ce genre d'industrie.

Les malades qui, en consultant ces industriels, croient se trouver en présence d'un véritable médecin, n'auraient qu'à jeter un coup d'œil sur leur ordonnance pour être aussitôt détrompés et n'y plus retourner.

2° Par le même moyen on peut enrayer la morphinomanie. Les personnes qui désirent se procurer de la morphine le peuvent facilement aujourd'hui avec un peu d'aplomb et d'habitude ; il leur suffit de se présenter chez un pharmacien avec une ordonnance où les quantités médicamenteuses sont nettement et correctement écrites, l'ordonnance signée d'un nom illisible précédé du titre de Docteur ; le pharmacien s'enquiert du nom du médecin, on en dit un au hasard en ajoutant que l'ordonnance a été faite par ce médecin qui n'habite pas la ville où l'on se trouve, et, neuf fois sur dix, le pharmacien, voyant la dose exacte, délivre le produit demandé.

Avec une ordonnance sur papier timbré et la signature lisiblement écrite, plus rien de semblable ; l'ordonnance, naturellement, ne devrait pouvoir servir qu'une fois ;

3° Le papier timbré sur lequel serait écrite la prescription pourrait porter un timbre différent, selon le coût de l'ordonnance, timbre de 0,03 cent. pour 3 francs, par exemple, 0,05 cent. pour 5 francs et ainsi de suite. De cette manière, les médecins qui font payer chèrement leurs soins rapporteraient davantage à l'Etat, ce qui ne serait que justice ;

4° Le médecin n'aurait dès lors pas de discussion avec son client ; celui-ci, sur le vu de l'ordonnance, saurait de suite le prix qu'il devrait donner ;

5° Enfin, si l'on réfléchit au nombre très considérable d'ordonnances qui sont signées chaque jour par tous les médecins de France, on voit que le trésor public trouverait là un revenu suffisant pour dégrever le corps médical de l'impôt de la patente, sans porter atteinte aux intérêts du fisc.

Supprimer une forme inique de contribution pour instituer à la place un impôt qui ne serait perçu qu'autant que le médecin travaillerait, et d'autant plus qu'il travaillerait davantage et gagnerait de même, ne serait-ce pas là un résultat qui mérite attention à notre idée ; dans tous les cas, nos confrères nous excuseront d'insister en faveur de l'intention.

(*La Médecine pratique.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Enseignement supérieur libre, cours à l'école pratique de la Faculté de médecine, semestre d'été 1897-1898. — M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé le mardi 19 avril, à cinq heures, à l'Ecole Pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur les *applications cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme.*

Il le continuera les samedis et les mardis suivants, à cinq heures.

Nomination. — M. le Dr Labrousse, membre du Concours médical, a été élu membre du Comité départemental d'assistance médicale à Constantine.

Les rayons X et le recrutement. — Un conscrit de la Seine qui disait avoir reçu une balle dans le tibia a pu obtenir dernièrement l'exemption en fournissant des épreuves radiographiques qui confirmaient son assertion. Le même fait se produira certainement bientôt pour beaucoup de cas analogues qui échappaient aux Conseils de revision.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4267. — M. le docteur Moisson, d'Evreux (Eure), membre du Syndicat de l'Eure.

N° 4268. — M. le docteur Mathès, de Witry-les-Reims (Marne), présenté par M. le docteur Ravaud, de Witry-les-Reims.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Kayser, de Philippeville (Constantine), et Giraux, de Châlons-sur-Marne (Marne), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année — N° 19 — 7 Mai 1898

LE CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE
Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'application de la loi d'assistance médicale.

Voici ce que nous écrit le Président d'un Syndicat :

« Après une gestation pénible de plusieurs années, nous étions arrivés à faire présenter, « d'accord avec l'Administration, le projet d'organisation suivant, pour l'assistance médicale « dans le département :

« Un crédit de 40.000 fr. serait voté et réparti « entre les médecins du service, proportionnellement au nombre des indigents inscrits sur « la liste de chacun, et à la distance qui les sépare du médecin, en tolérant, pour chaque « commune, que la proportion d'indigents inscrits fut de 5 % en plaine et de 10 % en montagne.

« Il en résultait un abonnement par capitation « qui donnait :

« 1.05 pour les communes situées à moins de « 3 kilomètres.

« 1.40 pour les communes situées à moins de « 3 à 6 kilomètres.

« 1.70 pour les communes situées au delà de « 6 kilomètres en plaine.

« 2.10 pour les communes situées au delà de « 6 kilomètres en montagne.

« Les indigents inscrits en cours d'année devaient être en dehors de cette combinaison, les « municipalités ayant à payer pour eux à raison de 1 fr. 50 par visite et 0,50 par kilomètre « parcouru.

« Si ridiculement insuffisants que fussent ces « honoraires, le corps médical les acceptait pour « faire preuve de bonne volonté. Eh bien, nos « conseillers généraux (et il y a des médecins « parmi eux !) ont rejeté ce projet. Ils veulent « nous obliger à soigner au tarif d'abonnement « ci-dessus, tous ceux qu'il plaira aux municipalités d'inscrire sur les listes, et vous savez « si celles-ci s'allongent et dans quelle proportion, pour les périodes électorales.

« La mesure est comble : nous avons l'intention de nous démettre individuellement de ces « fonctions serviles. Quel est votre avis ? »

Est-il possible, en lisant ces choses, de ne pas bondir d'indignation ? Pour toucher 2 fr. 10 par an, il faudra se tenir prêt, à toute réquisition, à accomplir douze kilomètres en pays de montagne ? Messieurs les Maires et les Conseillers généraux imposeraient au médecin pareilles obligations pour garantir leur popularité et leur réélection ? Et les médecins pousseraient la condescendance et la générosité jusqu'à continuer des pourparlers et à proposer des concessions nouvelles ?

Nous ne sommes pas assez portés vers une modération, qui serait de la veulerie, pour engager nos confrères à ne pas démissionner. On veut les domestiquer : ils ont raison de trouver que la mesure est comble.

Ils sont sur le terrain de la légitime défense : qu'ils s'y tiennent solidement.

Rien ne les empêche de donner spontanément leurs soins aux vrais pauvres, et de ne pas réclamer, pour ce fait, d'indemnité. Mais le jour où l'on viendra leur apporter des ordres de tel ou tel Maire, ils peuvent exiger que ces ordres soient écrits. Ils conserveront alors précieusement ceux-ci, pour les joindre à leurs mémoires d'honoraires qu'ils produiront aux municipalités en fin d'année, après les avoir établis sur la base de 50 % de réduction par rapport au tarif inférieur de leur région. Et si la commune refuse de payer les services commandés par le Maire, ils poursuivront le recouvrement par toutes voies judiciaires en usage.

Puisque la loi de 1893 est, pour nous, lettre morte, en certaines régions, abritons-nous, là, derrière la loi commune, en simples citoyens.

Peut-être reste-t-il encore, pour ceux-ci, quelque justice en France ?

Nous avions accepté la loi ; nous continuerons à l'accepter partout où on se conformera à son esprit ; nous devons, dans le cas contraire, résister à des exactions inadmissibles.

Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le salicylate de méthyle.

Nous avons déjà signalé à trois reprises les avantages des applications de salicylate de méthyle dans les rhumatismes et les névrites rhumatismales; MM. *Linossier* et *Lannois*, de Lyon, les promoteurs de cette méthode, ont de nouveau exposé à l'Académie les indications et les détails techniques de l'application du salicylate de méthyle :

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, le seul motif de préférer le salicylate de méthyle au salicylate de soude est l'intolérance des voies gastriques. La douleur est peut-être plus vite calmée. Les badigeonnages doivent être répétés deux fois par jour.

Dans le *rhumatisme à forme subaiguë*, ou dans les *poussées aiguës* du rhumatisme chronique, en raison de la localisation de l'affection, le salicylate de méthyle est le médicament de choix.

Dans l'*arthrite goutteuse*, dans les *rhumatismes infectieux*, il agit avec moins de constance.

Dans les névralgies, le zona, les névrites typhiques, alcooliques, tuberculeuses, etc., il a souvent été un excellent moyen curateur.

La dose peut varier, selon les indications, de 4 à 24 grammes. Les doses les plus fortes seront employées contre les formes aiguës ou infectieuses du rhumatisme. Le salicylate de méthyle doit être préféré à l'essence de Wintergreen naturelle.

Après cet exposé, les auteurs ajoutent :

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué au badigeonnage enveloppé, tel que nous l'avons conseillé, des applications de pommades. Nous avions déjà indiqué que le mélange de vaseline ou d'axonge au salicylate de méthyle ralentit l'absorption. Nous avons à nouveau fait des expériences qui nous ont donné les résultats suivants : après application directe sur la peau de 2 gr. 50 centig. de salicylate de méthyle, nous avons retrouvé dans l'urine 0 gr.30 centigr. d'acide salicylique ; si le salicylate de méthyle est incorporé à 30 gram. de vaseline, 0 gr. 15 c. ; à 30 grammes de lanoline, 0 gr. 16 centigr. ; à 30 grammes d'axonge, 0 gr. 19 centigr ; enfin, si la pommade à la vaseline est appliquée sans enveloppement, on ne retrouve dans l'urine que 0 gr.01 centigr. d'acide salicylique.

Comme on le voit, l'axonge, la vaseline, la lanoline diminuent notablement l'absorption du salicylate de méthyle par la peau. Quand la pommade est appliquée, sans enveloppement, l'absorption est à peu près nulle.

Nous ne pouvons donc que recommander la technique que nous avons déjà indiquée, en insistant une fois de plus sur la nécessité d'un enveloppement hermétique.

Réduction spontanée de certaines hernies irréductibles, sous l'influence de la position déclive.

Les procédés les plus simples sont souvent ceux qui conviennent le mieux aux praticiens et au patient surtout, quand ils conduisent à la guérison sans douleur.

Le fait de se trouver en présence d'une hernie irréductible, qui a résisté aux pressions méthodiques du taxis progressif, n'est pas sans produire au médecin quelques émotions et celles-ci trouvent leur écho légitime dans l'entourage du malade, toujours enclin à attribuer l'insuccès à l'inexpérience de l'opérateur, quel qu'il soit.

Si on parle d'anesthésie au chloroforme, très classique dans ce cas, le patient se récrie et refuse le plus souvent son consentement.

FEUILLETON

Mon programme électoral.

Sans être précisément tourmenté par l'ambition politique, j'étais assez disposé, aux dernières élections, à accepter le patronage d'un comité, qui m'avait fait des ouvertures engageantes, mais la lecture de mon programme a tout gâté ; je me suis aliéné immédiatement les marchands de vin les plus influents de mon quartier, en leur faisant part de ce que je croyais représenter des réformes pratiques et non des utopies chimériques.

Leur indignation m'a rendu fort perplexe ; j'en suis arrivé à douter de la droiture de mes intentions, et, je me décide à en appeler à l'opinion publique, au suffrage de mes lecteurs habituels. Leur approbation pourra seule m'engager à persévérer dans mes revendications.

Voici les objectifs que j'aurais cherché à atteindre, en me plaçant bien entendu sur le terrain médical, si j'avais été investi de la confiance de mes concitoyens :

I.

Le moins de gouvernement possible, d'enrégimentement déprimant et de discipline abêtissante. Plus de hiérarchie médicale, de panaches, de titres pompeux, pour attirer la clientèle au détriment d'autrui. Plus de concours pour la forme ; élection aux postes rémunérateurs par le suffrage de tous les intéressés et non par le bon vouloir d'un doyen circonvenu, d'un personnage influent quelconque, et des diverses coteries, où on se pousse à tour de rôle.

Les places à donner seront attribuées au mérite et non aux plus intrigants. L'enseignement sera surtout pratique et on en relèvera constamment le niveau, de façon à en rendre l'accès plus difficile et à empêcher l'encombrement de la profession.

Suppression de l'inique patente qui pèse sur les médecins, ou du moins élimination du droit proportionnel aux locaux professionnels, à l'exclusion de ceux affectés à l'habitation.

II.

Sauf pour l'armée, plus de décorations incompatibles avec la simplicité démocratique et cause de tant de bassesses, de tant de vilenies de la part de ceux qui cherchent à les obtenir. Le ruban rouge est un des plus grands agents de démoralisation du corps médical ; ils sont innombrables, les confrères, qui, au lieu d'exercer simplement leur profession, font les doux yeux à Marianne, dans la personne des représentants, ministres et préfets, afin d'entrer dans la terre promise de la chancellerie. Que d'intellectuels ont subi l'influence dissolvante de la politique, se

Avant donc d'avoir l'idée de s'adresser au sommeil chloroformique et de présenter la possibilité d'une opération sanglante, notre très aimable confrère, le Dr *Houdart*, de Lambezellec (Finistère), conseille d'avoir recours à une pratique renouvelée des anciens (Ambroise Paré) qui trouve son heureuse application, puisque même dans des cas difficiles, elle suffit à faire rentrer en place la hernie sans danger de réduction en masse.

Il ne faut pas pendre le patient par les pieds comme le faisait l'auteur précité et lui faire attendre ainsi la réduction dans une position fort peu agréable.

Ce procédé pouvait donner de bons résultats dans les cas de hernie avec un anneau large, mou, bridé par des muscles sans tonicité, et seulement dans les cas d'engouement par obstruction stercorale ou sanguine de l'anse herniée. De plus, cette position a le désavantage de ne pas relâcher la tension des muscles abdominaux.

Mais si, dans le même ordre d'idées, vous vous contentez d'élever le siège, d'abaisser les épaules et la tête, de manière que la direction du tronc fasse un angle de 35° environ avec une ligne horizontale, et si, dans cette position, vous fixez les cuisses dans la flexion avec abduction, vous obtenez sans peine le relâchement des muscles abdominaux et réunissez ainsi, grâce à l'action de la pesanteur, les conditions les plus favorables pour la réduction spontanée des hernies, même après insuccès du taxis progressif, et cela, sans chloroforme, et sans opération sanglante. La réduction peut être obtenue en 3 ou 4 heures environ.

Ce procédé, tout de douceur, n'a évidemment que des avantages pour des hernies engouées, non accompagnées de vomissements stercoraux. Mais, pour une véritable hernie étranglée, si l'on ne veut pas compromettre la solidité et la vitalité des parois intestinales, le plus sage est d'opérer sans retard. Qu'y a-t-il donc de si difficile et de si dangereux dans la kélotomie, faite *bien aseptiquement ?* (N. D. L. R.).

Recherches sur l'empoisonnement par les champignons et en particulier par la fausse oronge.

M. le Dr *Le Dantec*, agrégé de Bordeaux, vient de faire une série de recherches expérimentales sur l'empoisonnement par un champignon très souvent confondu avec les champignons comestibles, la fausse oronge, et sur les moyens de combattre cet empoisonnement.

L'extrait de fausse oronge qu'il a obtenu, a produit les phénomènes suivants :

Chez la grenouille, il détermine l'arrêt du cœur et de la respiration.

Chez le moineau, il occasionne de l'incoordination des mouvements et de la somnolence.

Chez le lapin, il provoque une abondante sialorrhée, instantanée, si l'injection médicamenteuse a été poussée dans les vaisseaux.

Chez le cobaye, l'intoxication débute par un larmoiement caractéristique, 3 à 5 minutes après l'injection hypodermique, puis survient l'hypersécrétion salivaire, enfin les battements du cœur sont lents et faibles et le cœur s'arrête en diastole.

Chez le chat, la sialorrhée est extrêmement abondante, mais c'est chez le chien que l'empoisonnement est le plus caractéristique, en ce sens qu'il est la reproduction exacte de l'empoisonnement amanitique chez l'homme : salivation, vomissements, diarrhée, pouls faible, petit, misérable. Il n'y manque que le délire, qui est l'apanage de l'espèce humaine.

Le principe toxique de la fausse oronge se nomme la *muscarine*, du nom botanique de la fausse oronge (AMANITA MUSCARIA).

Ce n'est pas une toxalbumine, car les symptômes de l'empoisonnement sont les mêmes avant et après l'ébullition du liquide de macération. Le principal danger de l'empoisonnement par la muscarine de la fausse oronge, c'est son action puissante sur le cœur.

---

sont affadis et immobilisés au contact des Tartufes des loges et du parlementarisme, pour briguer de vains hochets, pour être palmés prématurément !

Les courbettes empressées d'un tas de jeunes roublards, dans les salons de chaque directeur d'école, n'ont pas d'autre but que de conquérir les coquelicots officiels. C'est que la Légion d'honneur tant convoitée permet de doubler le prix des consultations et pose tout de suite le porteur du petit chiffon rouge. Grâce à cette ganse perverse, on accapare plus facilement les sinécures enviées, les fonctions honorifiques, et surtout rémunératrices : on se marie plus richement, on est classé, considéré, on peut même, comme on l'a dit avant moi, acheter un melon, sans être pris pour son domestique. Ils le savent bien, mes ambitieux aux appétits insatiables ; s'ils devaient compter sur leur seul mérite pour parvenir, ils auraient à jouer trop longtemps le rôle fastidieux de Sœur Anne, pour lequel ils ne se sentent aucune aptitude.

Si on a un stock de rosettes à épuiser, qu'on les donne aux médecins de nos campagnes, après vingt ou vingt-cinq ans d'exercice, en y ajoutant même une pension de retraite, mais jamais aux autres.

III.

Le budget de l'assistance publique cessera d'être le patrimoine des médiocrités faméliques, pour redevenir uniquement celui des pauvres et des malades. Par conséquent, un 93 sans merci s'impose contre la féodalité de ces innombrables fonctionnaires, d'autant plus impertinents et importants, que leurs attributions sont moins justifiées.

Guerre à mort à tous les janissaires du rond de cuir, à tous les Silvio Pellico administratifs, qui broutent depuis si longtemps le pré des faveurs gouvernementales ou municipales.

IV.

Réintégration dans les hôpitaux des religieuses, qui coûtent moins cher et sont plus dévouées que les protégées du conseil municipal, que les femmes ou les sœurs des solliciteurs, qui se remuent dans les couloirs de l'hôtel de ville. On y sent constamment une odeur de pots de vin, qui attire les gens avisés et les hommes à projets, chaque fois qu'il y a une entreprise à réaliser, un hôpital à construire, des millions à gaspiller.

V.

Crémation obligatoire pour les débris des salles de dissection, les individus morts dans les hôpitaux et non réclamés par leur famille, pour les personnes qui ont été emportées par le choléra, le croup,

Les animaux jeunes sont plus sensibles à l'intoxication que les animaux adultes. La même sensibilité est observée chez l'enfant dans les cas d'empoisonnement familial.

Les solutions tanniques, iodo-iodurées, l'huile d'olive, qu'on a conseillées dans les cas d'ingestion de champignons vénéneux, sont impuissants à enrayer l'empoisonnement.

Le sérum des animaux prétendus réfractaires à l'empoisonnement par les champignons vénéneux, comme le mouton, le porc, ne possède aucune propriété antitoxique.

Le lavage de l'organisme par le tissu conjonctif (hypodermoclyse) est contre-indiqué dans l'empoisonnement par la fausse oronge, parce qu'il précipite la mort, lorsque la dose injectée est mortelle, et parce qu'il la provoque lorsque la dose est simplement physiologique. Il y a, au contraire, une indication formelle à laver l'organisme par la voie vasculaire, cette différence de résultats, en apparence paradoxale, des deux méthodes de lavage, a déjà été signalée dans l'empoisonnement par la strychnine.

L'atropine jouit de propriétés immunisantes, antitoxiques et thérapeutiques très nettes, vis-à-vis de l'empoisonnement par l'*Amanita muscaria*. L'action de l'atropine est comparable à celle des sérums.

L'émission d'une bave filante par la bouche est un des meilleurs signes, qui permettent de diagnostiquer l'empoisonnement muscarinien chez l'homme. En présence de cas multiples d'empoisonnement par la fausse oronge, comme cela se présente habituellement dans les familles, il faut :

1° Immuniser les personnes en période d'incubation, c'est-à-dire celles qui ne présentent encore aucun phénomène toxique, en leur injectant sous la peau 1 demi-milligramme pour les enfants, 1 milligramme pour les adultes, de sulfate neutre d'atropine ;

2° Traiter les malades en période d'intoxication :

(A) En injectant lentement dans une veine du bras 500 gr. d'une solution d'eau salée à 7/1000, filtrée et bouillie.

(B) En injectant sous la peau 1 milligramme de sulfate neutre d'atropine. Renouveler cette injection si les accidents ne s'amendent pas.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement du varicocèle.

Les médecins chargés des conseils de révision pour l'armée ou pour l'admission dans les grandes écoles, les grandes industries, les grandes administrations, ont pu se rendre compte, souvent, de la remarquable fréquence du varicocèle chez les candidats qui leur passent sous les yeux. Le plus souvent unilatérales gauches, les varices du cordon spermatique donnent au scrotum un aspect flasque, ridé, allongé qui occasionne, outre une difformité esthétique des bourses, une gêne plus ou moins grande pour le sujet pendant la marche ou la station debout. Chez les gens très prédisposés aux varices, le varicocèle est double et produit un allongement parfois démesuré du scrotum, qui tombe à mi-cuisse ou même plus bas encore. Cette infirmité gênante, parfois douloureuse, est tantôt héréditaire (arthritisme, tempérament variqueux), tantôt produite par des excès de fatigue, des excès de marche, des habitudes de coït ou d'onanisme précoces, des efforts de gymnastique, d'équitation, des stations debout trop réitérées, trop prolongées, enfin par l'exercice d'une profession nécessitant la station debout et produisant d'incessantes trépidations (mécaniciens, chauffeurs et conducteurs de trains de chemins de fer, conducteurs d'omnibus et de tramways, etc.). Le port habituel d'un bandage ou l'existence d'une hernie mal contenue, constituent aussi des causes mécaniques actives chez des sujets prédisposés. Enfin, certaines tumeurs rénales ou abdominales peuvent, par compression directe des veines spermatiques, dans leur trajet intra-abdominal,

---

la variole, la tuberculose, par une affection épidémique, ou contagieuse à un titre quelconque. Il ne faut pas que les morts soient un danger pour les vivants.

Les mêmes procédés d'ignition pourraient être utilisés pour les résidus des égouts et les immondices des grandes villes.

VI.

Au lieu d'enfermer les anarchistes dans les asiles, prendre des mesures exceptionnelles contre eux et tous les révolutionnaires, qui, par leurs publications, leurs discours, poussent les fous ou les déséquilibrés à commettre des actes aussi cruels qu'inutiles, puisqu'ils veulent être hors de la société, qu'on les traite en conséquence, qu'on les exporte au moins, sans retard, vers les climats les plus meurtriers.

On nous dupe, en nous disant que ce sont des malades, des désespérés, qui ont souffert d'autant de souffrances qu'ils en sèment autour d'eux. On est mal venu d'invoquer l'atavisme de la misère et l'hérédité du vice en faveur de ces brutes monstrueuses, qui doivent disparaître dans l'intérêt du plus grand nombre.

Après avoir sévi, pour l'exemple, la société continuera à prévoir, à guérir, à consoler ; sa pitié doit d'abord aller aux victimes, aux innocents, et se montrer ensuite implacable envers les lâches et les révoltés, qui voudraient renouveler le chaos et réduire tout à néant.

Après quelques amputations salutaires, on songera à faire de l'antisepsie, à tendre une main fraternelle aux humbles désespoirs, dont les cris montent de l'abîme !

VII.

Refonte de la plupart de nos administrations, surtout de la magistrature, qui a des rigueurs exceptionnelles pour les médecins et garde toute son indulgence pour les chéquards et les charlatans.

Transformation de l'Université, aux programmes surannés, qui ne sont plus appropriés aux besoins de notre époque, où il faut voyager, coloniser, sortir de la routine, créer de nouveaux débouchés à l'activité nationale. Par conséquent, place prépondérante accordée aux langues vivantes.

Au nom de l'hygiène, on laissera les pensionnaires parler au réfectoire ; ils se lèveront plus tard durant l'hiver ; on ne leur donnera plus de punitions stupides ; les vacances commenceront dès les premières chaleurs de Juillet, etc., etc.

VIII

Réglementation rigoureuse de la vente et de la consommation de l'alcool, de la morphine et autres poi-

produire des varices scrotales et du varicocèle.

En quoi consiste la prédisposition au varicocèle ? Est-ce dans la diathèse arthritique ? D'après M. le Dr Aug. Benoit (1), « on peut répondre hardiment par la négative : on voit rarement coexister le varicocèle et les varices des membres. En outre, la plupart des signes de la diathèse font absolument défaut. D'ailleurs, Périer, Curling, ont fait observer la différence anatomo-pathologique profonde qui sépare les varices spermatiques des varices vulgaires. Dans le premier cas, les parois sont bien moins altérées ; elles s'amincissent et ne forment pas de tumeurs pseudo-anévrysmales. Signalons enfin la théorie émise récemment par M. Escat, qui se montre disposé à ranger le varicocèle parmi les stigmates de dégénérescence. Pour lui, ce serait un trouble embryonnaire, le plus souvent associé à un déséquilibre mental, dont il a eu souvent l'occasion de faire la remarque à la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker ; Magnan avait, de son côté, indiqué la nécessité de rapprocher l'asymétrie morphologique du déséquilibre cérébral. Cette conception paraît viser des cas très spéciaux et, en ce qui nous concerne, dit M. Benoît, nous n'avons pas vu ces troubles mentaux excéder l'hypocondrie, de tous temps notée chez les hommes porteurs d'une malformation génitale, plus ou moins dissimulée. Le varicocèle ne nous semble pas, à cet égard, mériter une place à part. Cette affection, c'est un fait établi, est beaucoup plus fréquente du côté gauche ; la condition défectueuse de la circulation veineuse de la veine spermatique gauche, qui s'abouche à angle droit dans la veine rénale, le volume plus grand normalement du testicule gauche, sont des raisons qui s'imposent ; mais nous y joindrions volontiers avec M. Charpy (de Toulouse) et M. Escat, l'hypothèse d'une anomalie, d'un trouble de développement du système veineux jouant le rôle de cause prédisposante. Pendant la vie embryonnaire, il se produit une atrophie portant sur le côté gauche, à la suite de laquelle le système veineux devient asymétrique. Le côté de moindre résistance se trouve atteint d'une véritable aplasie des tuniques veineuses, d'un « défaut d'étoffe veineuse » ; d'où l'aplasie et l'allongement qui ne se manifesteront qu'à l'époque de la puberté, ainsi que cela se produit pour les hernies congénitales. »

(1) *Revue de Thérap. médico-chirurgicale*, 1898, pages 182 et suivantes.

Le varicocèle produit selon le tempérament des sujets qui en sont atteints, bien plus que selon la gravité de ses lésions, des troubles douloureux de répercussion ou d'action réflexe, que nous allons brièvement passer en revue.

Symptômes et diagnostic.

Le varicocèle n'est pas toujours douloureux ; il est même parfois si peu gênant que lorsqu'on le découvre par hasard chez un sujet, dont on fait un examen complet, il en est lui-même fort surpris.

Le plus souvent, cependant, le porteur d'un varicocèle éprouve un sentiment de gêne, de pesanteur, de tiraillement dans l'aine, dans le bas-ventre, dans les bourses ; ce tiraillement s'accentue par la fatigue, le soir, après une longue journée de marche ou de station debout, ou bien après une série d'efforts génésiques sans repos suffisant. Les irradiations se propagent vers les lombes, le long des flancs, vers l'épigastre même. Chez les sujets nerveux prédisposés, neurasthéniques, il y a de véritables crises gastralgiques, des coliques d'estomac, concomitantes du varicocèle et consécutives à cette affection. Le repos ou la compression douce et continue suffit le plus souvent à calmer tiraillements, irradiations et crises gastriques. La chaleur, la station verticale, la marche ramènent aussitôt ces crises.

L'examen des bourses, dans le varicocèle, présente tout d'abord ceci de remarquable que le scrotum est flasque, pendant, allongé ; la peau est quelquefois sillonnée de serpentins veineux,

---

sens. Internement des morphinomanes chroniques avérés. Idem pour la cocaïnomanie, l'éthéromanie, l'alcoolisme, passions funestes et ruineuses, qu'on devrait traiter de gré ou de force, avec l'assentiment des familles, dans des maisons spéciales.

Restriction considérable des mastroquets et des débitants de toute catégorie ; on ne saurait trop pratiquer le malthusianisme dans ce genre de production.

Les cafés de tempérance, où on ne consomme pas de spiritueux, seront seuls encouragés. Les industriels, vendant des boissons saines, seront seuls autorisés à suivre les troupes en manœuvres, à l'exclusion des mercantis homicides, vendeurs d'absinthe et de liqueurs ignoblement frelatées.

IX

Rétablissement des tours, pour sauver le plus possible d'enfants. Protection efficace des filles-mères, recherche de la paternité, droit pour les bâtards d'hériter, de façon à combattre le libertinage du mâle et à diminuer les infanticides, la mère étant dès lors intéressée à conserver son rejeton. Les beaux muguets seront moins disposés à conter fleurette aux jouvencelles, lorsqu'ils sauront que tout dommage bien démontré exige une réparation. En paroles, ils promettent tout ce qu'on veut....... avant, mais....... après, ils ont tout oublié et sont devenus insolvables. C'est une injustice à supprimer, au nom de M. Béranger et de la morale.

X

L'administration communale, qu'il faudrait affranchir de plus en plus du contrôle rétrograde et tatillon des préfets, sera dorénavant mieux armée pour faire disparaître les causes d'insalubrité, obtenir l'assainissement de la commune, la défendre contre l'invasion d'une maladie exotique, la rendre réfractaire à l'éclosion et à la propagation des maladies contagieuses, bref faire progresser l'hygiène publique le plus possible.

....

....

Il nous faut des hommes nouveaux, qui nous fassent sortir de l'ornière, où on patauge au hasard depuis si longtemps, dans l'énervement d'une attente vaine. Il nous faut une France nouvelle, où la belle devise « Liberté — Egalité — Fraternité » ne sera plus un mensonge, où les castes financières, scientifiques... etc., qui accaparent tout et sont moins généreuses que les anciens preux de l'aristocratie, aideront à résoudre, au lieu de l'embrouiller, la solution si complexe de la misère sociale !

Dr Grellety (de Vichy).

vermiformes, contournés ou cette peau est simplement soulevée par des bosses, des nouures profondes qui représentent des paquets de veines variqueuses du cordon. Le plus souvent, le côté gauche est le seul siège du varicocèle, mais ce varicocèle peut être bilatéral et même plus à droite qu'à gauche. A la palpation, le scrotum est comme rempli de vers de terre enroulés, distribués par paquets plus ou moins irréguliers, moniliformes, enchevêtrés, sensibles à la pression. La masse de la tumeur variqueuse est réductible de bas en haut, en lui imprimant de petits mouvements progressifs de compression des extrémités vers le cœur. Quand on serre ce paquet auprès de l'anneau, on le voit se tuméfier par suite de la stase du sang dans les veines, la circulation étant interrompue entre le cœur et les extrémités. Au milieu de ces veines variqueuses on perçoit par la palpation le canal déférent et les artères spermatiques, reconnaissables, surtout le canal déférent, à sa consistance dure, en baguette de fusil. Le varicocèle s'accompagne généralement d'un peu d'anaphrodisie et aboutit parfois à l'impuissance complète. Il produit souvent aussi l'hypochondrie et la neurasthénie comme toutes les infériorités génitales.

Sa marche et sa durée sont essentiellement progressives et sans tendance à la rétrocession, sauf par l'application d'un traitement convenablement dirigé et tout excès tend à l'augmenter.

En ce qui concerne le diagnostic, il ne présente aucune difficulté, puisqu'il dépend purement et simplement de l'examen du scrotum par la palpation. Les hernies, l'hydrocèle vaginale, les kystes spermatiques du cordon ne peuvent faire commettre la moindre confusion : la forme, la réductibilité de la tumeur, sa consistance vermiforme sont pathognomoniques. Quant aux indications du traitement, elles sont fournies par le degré de nervosité du sujet et par les exigences de sa profession.

Cette infirmité contre-indique, en effet, les professions de mécanicien, de chauffeur, de conducteur, de cavalier postillon, etc., à moins que le sujet n'accepte de se faire opérer ou tout au moins traiter médico-chirurgicalement.

Traitement.

Nous ne saurions mieux faire que de suivre pour l'exposé de cette question les conseils que donne M. le Dr Aug. Benoit, dans la *Revue médico-chirurgicale* :

Le varicocèle peut être efficacement combattu par un ensemble de moyens plus hygiéniques que médicaux ; il peut être guéri radicalement par une intervention opératoire des plus simples. La plupart des auteurs recommandent de commencer toujours par employer les premiers qu'ils désignent sous le nom de traitement palliatif. Le conseil est sage, s'il s'agit d'une simple tendance aux congestions périodiques des veines du cordon, avec pesanteur douloureuse et abaissement du testicule ; il est d'autant meilleur qu'on peut avoir la prétention légitime, dans ce cas seulement, d'empêcher le mal de s'accroître et même de le faire rétrocéder. Mais cette façon de voir est inacceptable, en ce qui touche les varicocèles déjà volumineux et assez anciens ; on ne saurait laisser voués à cette infirmité, des sujets jeunes et vigoureux, lorsqu'on a le pouvoir de la faire disparaître sans leur faire courir de danger sérieux. Le *traitement* dit *médical* ne convient donc qu'aux varicocèles observés à une période rapprochée du début.

En quoi consiste-t-il et comment devons-nous l'appliquer ?

Qu'on nous permette auparavant de dire quelques mots des moyens qu'il convient d'employer à titre préventif. Seront plus particulièrement astreints à ne pas les négliger, ceux qui ont des varicocèles parmi leurs ascendants, car le varicocèle est héréditaire (Blandin), ainsi que la hernie, ceux que leur profession ou la nature de leurs occupations oblige à se tenir longtemps debout ou à accomplir des efforts répétés. Le premier de ces moyens, celui qui a été considéré à tort comme unique, dans le traitement palliatif du varicocèle confirmé, n'est autre que le port *intermittent* d'un suspensoir bien adapté à la dimension des bourses. Il importe peu qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas des liens formant sous-cuisses, pourvu que les bourses soient bien enveloppées, sans aucune tendance à s'échapper en arrière, pendant la marche. Cet appareil de soutien sera appliqué *pendant la saison chaude* et en prévision de fatigues anormales à subir. Les fatigues génésiques produisent un relâchement considérable du scrotum chez certains sujets ; la marche succédant immédiatement à l'accomplissement du coït est encore une cause prédisposante des plus actives, sur lesquelles nous appelons l'attention. On conçoit en effet que, dans ces conditions souvent renouvelées, le poids du testicule se fasse sentir sur son appareil suspenseur (fibres dartoïques et crémastériennes), fatigué par des contractions répétées.

Dans tous ces cas, le port intermittent d'un suspensoir fait partie de cet ensemble de précautions qui s'imposent dans les conditions de notre vie actuelle et sans que l'on puisse nous accuser de vouloir corriger la nature. Mais il ne faut pas se borner là ; si l'on veut éviter la stase veineuse et sauvegarder la tonicité des fibres musculaires, on doit avoir recours à l'*hydrothérapie*. Celle-ci doit être pratiquée sous une forme qui convienne à chacun, depuis la simple lotion froide quotidienne, jusqu'aux douches générales suivies de frictions sèches. Combien peu de sujets savent s'y astreindre, non seulement dans les campagnes, mais encore dans les grandes villes, où l'inobservance de ces élémentaires règles d'hygiène est souvent suivie des plus fâcheux effets.

C'est également avec ces procédés que l'on doit traiter le varicocèle au début, ainsi que le varicocèle de petit volume qui aura été négligé et lorsqu'il commence à devenir gênant. Il est clair que dans ce cas, le port *continu* du suspensoir deviendra indispensable en été. Le *massage* des bourses, que le malade peut exécuter le matin et le soir, couché sur le dos en comprimant légèrement la tumeur veineuse, les bourses étant tenues en position élevée ; puis consécutivement à cette manœuvre des ablutions froides, des douches ascendantes locales en jet brisé fin, la sobriété dans les rapports sexuels seront joints aux moyens précédents. On a conseillé de faire dissoudre quelques grammes de poudre de tannin dans l'eau servant chaque jour aux ablutions. Enfin, malgré son action incer-

taine, on peut avoir recours à l'administration interne de l'extrait fluide d'hamamelis virginica, à la dose d'une cuillerée à café par jour, mélangé ou non à de la glycérine anglaise. Voilà pour le traitement palliatif, qui quelquefois suffit même comme traitement curatif.

Le traitement opératoire est le suivant : Résection du scrotum, combinée ou non avec la ligature ou l'excision des veines dilatées. Cette opération, pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie, n'offre aucun danger, et, par conséquent, aucune contre-indication. Les principales indications de l'opération sont : la tendance à l'atrophie du testicule, le volume considérable du varicocèle ; enfin, dans quelques cas, le degré de douleur et surtout la profession du malade, s'il est obligé d'être longtemps debout. Chez les sujets très névropathes, il ne faut pas trop compter sur l'effet suggestif de l'opération ; tout autre moyen plus anodin arriverait au même résultat et, par suite, on pourrait éviter les récriminations dues à l'insuccès opératoire.

Supposons donc que l'intervention soit décidée : la résection du scrotum d'Horteloup suffit dans beaucoup de cas. « C'est à elle qu'il faut donner sans hésiter la préférence, pour peu que l'on n'éprouve pas bien nette, le malade étant examiné après quelques heures de marche, cette sensation de paquet de vers, ou d'intestin de poulet qui est si caractéristique. L'induration des parois veineuses, une fois la tumeur explorée, doit être recherchée avec soin ; c'est elle qui garantit l'opérateur contre les déceptions d'une recherche vaine, les dilatations variqueuses fuyant sous le bistouri lorsque le malade est couché sur le dos. Elle le prévient aussi contre le danger que comporte la séparation laborieuse des anses dilatées, à savoir la blessure assurément redoutable, quoi qu'on dise, de *l'artère spermatique* et celle, plus facile à éviter, du *canal déférent*.

« Lorsqu'on s'est décidé à faire simplement la résection du scrotum, c'est à la région du raphé qu'il faut, sans contredit, donner la préférence. Cette excision bilatérale, faite même pour un varicocèle simple, assure la symétrie morphologique et fixe la cicatrice à la place même du raphé médian. Laissant résolument de côté la description des différents appareils plus ou moins compliqués que l'on a imaginés pour faire cette opération, nous indiquerons ceux dont nous avons éprouvé l'excellence. Une large pince à pédicule suffit à faire une excellente résection. Si l'on n'en a pas une à sa disposition, on aura un résultat aussi régulier, en se servant de deux pinces également courbes, se réunissant par leurs becs au milieu de la base du segment scrotal à réséquer. Nous préférons cependant nous servir du clamp simple et pratique imaginé par Horteloup. Signalons aussi la pinoe de Bazy, comme un bon instrument pour cet usage. L'anesthésie cocaïnique suffit parfaitement, l'opération étant de courte durée ; le chlorethyleur, disposé en double bec, de part et d'autre des pinces pourrait à la rigueur rendre le même service. Que nous nous servions du clamp d'Horteloup ou d'une pince courbe à pédicule ovarien, nous avons totalement renoncé à comprendre dans le lambeau à réséquer autre chose que la *peau du scrotum*. On sait que Horteloup saisissait en arrière du cordon les veines postérieures, laissait fuir sous le doigt le canal déférent, puis, appliquait son clamp au-dessous des veines qu'il pensait voir ainsi comprises dans le pli du scrotum. Or sans parler du danger qu'il y a à agir ainsi à l'aveugle, nous devons dire qu'ayant tenu en main des quantités de lambeaux après ces résections, nous les avons trouvés le plus souvent vides de vaisseaux. Ce qui nous porte à penser que l'excision veineuse accomplie par ce moyen était fréquemment illusoire et que la résection scrotale seule avait suffi à assurer les bons effets qu'il nous a été donné de constater. Au moment d'opérer, le chirurgien, placé à la gauche du malade, refoule les testicules vers l'anneau, les protège de sa main mise à plat et entre l'index et le médius, saisit et tire la peau des bourses bien étalée verticalement. La faisant maintenir de la main droite, il engage à fond sa pince courbe, qui emprisonne les tissus ; après avoir serré mollement, pour permettre d'égaliser le pli par quelques tractions, il serre à fond et abandonne sa pince. S'il se sert du clamp d'Horteloup, la position à droite ou à gauche du malade est indifférente, puisqu'on n'a pas à se préoccuper du manche de la pince. On coupe nettement la peau au ras de la face supérieure des pinces. Cela fait, avant de desserrer, détail fort important, on procède au passage des fils, crins de Florence ou soie, qui doivent assurer la suture. »

Le gros écueil à éviter, c'est l'hématôme scrotal. Pour l'éviter, M. Benoît conseille, non pas de faire l'hémostase à ciel ouvert, mais de pratiquer une double ligne de sutures, une superficielle au crin de Florence et une profonde à la soie ou au catgut. « Après avoir passé rapidement des crins de Florence, que l'on ne doit pas craindre de rapprocher beaucoup, en traversant le pli scrotal au ras du bord inférieur du clamp ou des pinces, on passe l'aiguille à un centimètre au-dessous de ce bord, en commençant par le haut et, après avoir entraîné un fil de soie ou de catgut de préférence au crin de Florence, on repasse l'aiguille à vide deux centimètres plus bas ; un aide y fixe l'extrémité opposée du fil que l'on vient de tirer à soi : les deux chefs sont donc ramenés du même côté. On continue ainsi sur la même ligne et jusqu'en bas, une série de points en U, qui seront serrés modérément, afin de comprimer sans sectionner les tissus. Ces points étant noués, on peut enlever la pince, la plaie est presqu'exsangue ; on la nettoie à l'eau bouillie ou au sublimé et on serre rapidement un à un les crins de Florence superficiels, qui achèvent de fermer les veinules sous-cutanées susceptibles de donner du sang. La réunion doit être très soignée. Grâce à cette double ligne de sutures, l'une profonde, l'autre superficielle, on obtient toujours une symétrie parfaite sans avoir à redouter d'hémorrhagie. » M. Escat conseille d'avoir tout simplement recours à la suture en surjet. Tel n'est pas l'avis de M. Benoît qui fait remarquer à juste titre que la suture en surjet est mauvaise pour affronter deux lèvres de peau qui se recroquevillent.

En ce qui concerne le pansement, rien de bien spécial à en dire : quelques carrés de gaze iodoformée, plusieurs sachets absorbants remplis de poudre de Championnière, un imperméable, de l'ouate de tourbe et une bande de gaze roulée en caleçon. Ce pansement est renouvelé deux

fois en 10 jours, les fils sont enlevés du 6e au 10e jour : tout est terminé.

Pour l'excision des paquets veineux variqueux pratiquée concurremment avec la résection du scrotum, voici la technique de M. Benoît. On a recours à l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme : Une incision verticale parallèle au trajet du cordon et de trois à quatre centimètres d'étendue commençant à un bon travers de doigt au-dessous de l'orifice inguinal externe suffit et ne laissera, pour ainsi dire, pas de traces. On traverse successivement la peau, le dartos, la couche celluleuse, les fibres du cremaster et une couche graisseuse dont l'épaisseur varie, au milieu de laquelle cheminent les veines funiculaires antérieures. C'est en arrière d'elles que descend *l'artère spermatique*, dont il faut à tout prix éviter la blessure, malgré la suppléance que fourniraient, assure-t-on, la petite *artère déférentielle* qui accompagne le canal déférent et *l'artère du cordon* qui descend au milieu du plexus des veines funiculaires postérieures. Eh bien, la blessure de ce vaisseau important sera d'autant plus facile à éviter, si l'on sait que la guérison du varicocèle est assurée par l'excision de quelques anses veineuses seulement où leur ligature, jointe à la résection scrotale, par laquelle on terminera. On est tenu à moins de ménagements, si l'action porte sur les veines postérieures ; mais en avant du canal déférent, on se bornera à dissocier, à la sonde cannelée, quelques-unes des veines les plus superficielles, qui forment immédiatement hernie par la plaie de la tunique fibreuse et peuvent être excisées très facilement entre deux fils de soie ou de catgut. Le volume de ces vaisseaux, aux parois souvent hypertrophiées ne laisse place à aucun doute, ce qui est fort heureux, car l'artère spermatique n'est pas animée de battements sensibles soit à l'œil, soit au toucher, sans doute par suite du défaut de tension et par sa situation flottante dans les tissus. Mais elle est de *petit volume* et l'excision ne doit porter que sur des vaisseaux manifestement hypertrophiés et altérés. D'ailleurs, l'excision de quelques anses veineuses suffit, nous le répétons, à modifier heureusement les conditions de la circulation locale et certains s'en tiennent même à la ligature, sans que leurs résultats soient inférieurs. Il y a intérêt cependant à alléger les bourses le plus possible et souvent même l'ablation de paquets variqueux superficiels *s'impose*. Nous n'avons pas parlé de la blessure possible du canal déférent, dont le volume et l'aspect sont trop caractéristiques pour qu'on puisse le méconnaître. Il suffit d'ailleurs, après l'avoir senti et reconnu, de le maintenir protégé en arrière sous les doigts de la main gauche, qui relève et tend les tissus au devant du bistouri. L'excision achevée, on fait une suture profonde au catgut et on termine par la réunion superficielle sans drainage et un pansement sec. Quant à la résection scrotale, qui est « toujours indispensable » quand on opère la résection veineuse, il faut lui donner une étendue en rapport avec la laxité des bourses, qui peut atteindre des degrés si différents suivant les individus. On tiendra compte également de l'état plus ou moins rétracté des parties au moment où on opère. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on obtiendra ce « suspensoir naturel » qui est le but poursuivi et produit la guérison sans récidive. La rechute est rare, si l'on s'est conformé à ces preceptes.

Dr Paul Huguenin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Un diagnostic incomplet, dans un cas difficile, ne saurait à aucun degré engager la responsabilité du médecin.

Tribunal civil de Compiègne (mars 1898).

Le 3 novembre 1896, un grave accident se produisait dans une féculerie de l'Oise. Un mécanicien tombait et était trouvé grièvement blessé, dans la fosse, où se meut le volant de la machine qu'il conduisait.

M. le Dr Bouvier, de Grand-Fresnoy, appelé en toute hâte, arrivait bientôt, et, après un examen aussi complet que le permettaient les circonstances, constatait une série de lésions : fracture du crâne, fracture de côtes, fracture de l'avant-bras, et enfin, une lésion de la hanche qu'il considéra comme une fracture du col du fémur. Après deux mois de péripéties des plus graves, pendant lesquels, notre confrère avait prodigué son zèle et son habileté, les trois premières lésions étaient guéries. Mais, malgré le traitement par l'extension continue, le membre inférieur gauche était frappé d'impuissance, et présentait un raccourcissement notable.

L'ouvrier, qui était assuré, entra alors en pourparlers, pour obtenir une indemnité, et réclama à son patron trente mille francs de dommages-intérêts.

Celui-ci, poussé par la Compagnie qui le garantit, fit examiner le blessé par un autre médecin, qui conclut que l'impotence était due à une luxation non réduite de la hanche, et ne mentionna pas la fracture du col du fémur signalée par M. le Dr Bouvier.

Ce désaccord dans les diagnostics constituait une fière aubaine pour les avoués des deux parties, qui, le 4 août 1897, devant le tribunal civil de Compiègne, se retournent comme un seul homme contre le médecin traitant, l'accusent *de faute lourde*, et lui réclament, l'un 15.000 fr. pour avoir amené l'infirmité de son client, l'autre, 30.000 fr. pour couvrir le patron et la compagnie contre la réclamation du blessé.

Le tribunal conclut en nommant trois experts parisiens, pour répondre aux questions suivantes :

1. En présence de la luxation iliaque reconnue, pouvait-on croire au moment de l'accident à une fracture du col du fémur et ne pas reconnaître la luxation ?
2. Cette luxation pouvait-elle être reconnue les jours suivants ou après le traitement ?
3. L'infirmité résultant de la blessure de la hanche peut-elle être guérie ou du moins atténuée par une opération pratiquée en chirurgie ?

Quel préjudice, quelles préoccupations causa cette mésaventure à notre confrère : inutile de le dire. A cette époque, où nous préparions l'organisation du *Sou médical*, nous connûmes ses transes et nous nous mîmes à sa disposition pour quelques démarches utiles, lui rendant confiance par l'affirmation de notre foi en sa cause, et des sympathies qu'on lui gagnerait. Mais c'était aux mauvais jours de l'affaire Laporte, au temps où les experts et les magistrats avaient la main

lourde, comme les fautes qu'ils nous reprochaient. M. le Dr Bouvier passa un mauvais hiver.

Enfin, la délivrance vint, sous la forme d'un rapport d'experts qui mérite à tous égards d'être publié, parce qu'il préparait justice pleine et entière, parce qu'il représente une page de diagnostic chirurgical du plus grand intérêt pour nos lecteurs, et le type d'une consultation médico-légale consciencieuse et complète.

RAPPORT *de Messieurs : Edouard SCHWARTZ, Chirurgien de l'Hôpital Cochin, agrégé à la faculté de Médecine de Paris; DESCOUST, chef des Travaux pratiques au laboratoire de médecine légale, et Maurice LAUGIER, médecin à la maison de Nanterre, experts nommés par jugement du tribunal civil de Compiègne du quatre août 1897 dans une instance pendante entre Monsieur VILLAIN, contre MM. CRAPPIER et BOUVIER.*

Nous nous sommes transportés, le onze novembre, à Compiègne, où, après avoir prêté serment entre les mains de M. le Président du Tribunal, nous avons procédé ce même jour, dans l'étude de M. Guillouzic, avoué près le dit tribunal, et en présence des parties régulièrement convoquées, à l'examen du blessé, avons entendu les dires et explications des parties, — avons, le dix-huit novembre suivant, dans le laboratoire de toxicologie de la préfecture de police, à Paris, procédé à l'examen radiographique de la hanche gauche de Villain et rédigé le rapport suivant :

A. *Accident du trois novembre* 1896, *ses conséquences immédiates*. — Il résulte des déclarations du sieur Villain, que, à la date du trois novembre 1896, vers neuf heures et demie du matin, au cours de son travail dans la féculerie de Crappier (où il était employé depuis vingt-deux jours en qualité de mécanicien-chauffeur et graisseur), ce dernier, entendant un bruit anormal dans l'appareil qu'il venait de mettre en marche, en ouvrant le robinet, voulut en rechercher la cause.

Dans ce but, il fit le tour de la machine par derrière, afin d'examiner l'excentrique ; mais son pied glissa sous la pente douce descendant vers la fosse, et il fut saisi par le volant, qui l'entraina.

Heureusement, la machine put être arrêtée, mais le plaignant n'en avait pas moins eu le temps d'être pris et broyé dans un espace étroit, dont la largeur ne dépassait pas vingt-cinq centimètres.

Aussi, quand le sieur Villain fut examiné vers midi par le docteur Bouvier, notre confrère se trouva en présence de lésions *multiples* et *graves* portant à la fois *sur le cuir chevelu, la cage thoracique*, le *membre supérieur gauche* et le *membre inférieur* du même côté et nécessitant chacun un examen attentif et des soins immédiats.

Nous n'insisterons pas *sur la vaste plaie*, avec décollement de la région *temporo-pariétale droite* du cuir chevelu, qui a laissé après elle, une cicatrice déprimée de quatorze centimètres de développement, non plus que sur la *fracture des septième et huitième côtes gauches* et la *déformation du poignet gauche* ; nous nous bornerons, pour nous conformer à la mission, qui nous a été confiée par le Tribunal, telle que le spécifient expressément les termes mêmes du jugement, à nous occuper des lésions dont la *hanche gauche* était le siège.

M. le docteur Bouvier ayant cru reconnaître de ce côté une *fracture du col du fémur*, institua un traitement absolument normal et rationnel.

Le membre blessé fut placé dans une gouttière et y fut laissé pendant quarante cinq jours.

Pendant les dix premiers jours, une extension continue avait été exercée sur le membre au moyen de poids tirant sur la jambe.

B. *Etat actuel*. — a. Le sieur Villain est un homme de cinquante-trois ans de taille au-dessous de la moyenne, mais d'une vigueur exceptionnelle, à en juger par le développement de ses muscles.

Il n'existe chez lui, aucune lésion organique, aucune tare constitutionnelle. Le plaignant, s'étant étendu sur un lit, après s'être déshabillé, nous avons été immédiatement frappés de l'attitude vicieuse du membre inférieur gauche, lequel présente *une rotation en dehors* très nettement caractérisée, avec le talon tangent à la malléole (cheville) interne du côté opposé. Le *raccourcissement* déjà très apparent à la vue, est mesuré par nous à l'aide d'un ruban métrique, ce qui nous donne, de la malléole interne, à l'épine iliaque antérieure et supérieure *quatre-vingt-un centimètres*, au lieu de *quatre-vingt-cinq* centimètres qui existent à droite ; en moins *quatre* centimètres. Quant à la circonference du membre, mesurée pour la cuisse à quinze centimètres au-dessus de la rotule — et pour la jambe — à 0m18 au-dessous de ce même os, elle est de *cinquante-deux* centimètres à la cuisse, et de *trente-sept* à la jambe ; tandis que, à droite et à la même hauteur, la cuisse et la jambe mesurent respectivement *cinquante et un centimètres* et *trente-huit*.

Il y a donc un peu *d'atrophie* de la jambe gauche, mais l'augmentation de circonférence de la cuisse blessée est due à une hyperostose du fémur, au voisinage immédiat du grand trochanter.

L'exploration profonde de la région inguinale gauche, nous a fait constater une *dépression* dans la partie du pli qui correspond à la tête fémorale, au lieu du plan résistant qui existe du côté sain.

D'autre part, la palpation de la région trochantérienne nous permet de reconnaître un *élargissement considérable* de cette partie osseuse, qui mesure onze centimètres, tandis que nous n'en trouvons que *cinq* à droite. Ajoutons que, à gauche, la distance qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque n'est plus que de *treize* centimètres, alors qu'elle est de *quinze* du côté sain. A la partie postérieure de la hanche nous trouvons au-dessus du grand trochanter, *un vide*, tandis qu'immédiatement en arrière de cette partie osseuse, nous notons la présence d'une *saillie* mobile avec le fémur, et qui n'est autre chose que la tête fémorale déplacée.

Nous constatons, en outre, que dans les mouvements alternatifs d'extension et de flexion de la hanche, cette tête accomplit une course d'un centimètre — ce qui indique qu'il y a une *néarthrose* bien organisée.

L'examen du sieur Villain dans la station debout nous montre qu'il y a un abaissement du pli fessier, ainsi qu'il était d'ailleurs logique de le prévoir, étant données les constatations qui précèdent.

Pour nous rendre compte des troubles fonctionnels dont le membre blessé est le siège, nous avons fait manœuvrer la cuisse, successivement dans le décubitus dorsal et dans la station verticale.

Nous avons pu nous assurer, de la sorte, que les articulations du pied et du genou se meuvent librement, que celles de la hanche possèdent dans son entier, le mouvement de flexion, mais que l'abduction, est très limitée, enfin que, dans la marche, le pied est tourné en dehors et qu'il y a une claudication marquée.

C. *Radiographie*. — Pour confirmer notre diagnostic, nous nous sommes réunis de nouveau, le dix-huit novembre, au laboratoire de toxicologie de la préfecture de police, mis obligeamment à notre disposition par M. Ogier, Directeur de ce laboratoire, et nous avons fait faire, sous nos yeux, la radiographie de la hanche blessée. Après une pose de trente-cinq minutes, l'épreuve a été tirée sur place, et voici ce que nous avons constaté, en l'examinant attentivement par transparence, à la lumière d'un bec Auer.

La cavité cotyloïde est vide, au devant d'elle dans son tiers inférieur et postérieur, on distingue le grand trochanter, très augmenté de volume et faisant une saillie en avant. Le col du fémur n'a pas son aspect habituel. Il est très épaissi, raccourci et dévié, dans son axe : il forme avec la diaphyse de l'os, non plus l'angle obtus normal, mais plutôt même un angle aigu qu'un angle droit. La tête qui lui fait suite, se trouve en arrière dans la fosse ilia-

que externe. Cet ensemble de dispositions, mises en évidence par l'épreuve radiographique, laquelle permet de se rendre compte, avec une précision mathématique de la nature des déformations considérables déjà perçues et diagnostiquées par la palpation — nous autorise pleinement à affirmer que la hanche gauche de Villain a été le siège d'un *double traumatisme*.

Il y a bien certainement, ainsi que le soutiennent les défendeurs, d'après les résultats d'un examen chirurgical récent pratiqué à Compiègne, *luxation iliaque* de la tête du fémur : le vide de la cavité cotyloïde d'une part, et de l'autre la présence d'une saillie trochantérienne mobile avec le fémur, et l'abaissement du pli fessier, sont bien la preuve d'un déplacement de la tête fémorale, et de sa migration dans la fosse iliaque externe.

Mais, il n'en est pas moins certain, qu'il y a eu, en même temps, comme l'avait immédiatement reconnu le docteur Bouvier, une fracture comminutive du col du fémur, avec éclatement du grand trochanter, laquelle entre pour moitié dans le raccourcissement de quatre centimètres, — l'autre moitié étant à l'actif de la luxation, ainsi qu'en fait foi la diminution de deux centimètres indiquée précédemment dans la distance qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque ; l'énorme élargissement du grand trochanter, ne peut laisser le moindre doute à cet égard, sans compter la rotation du membre en dehors, et la position du talon par rapport à la malléole interne du côté opposé. On peut même dire que, dans l'attitude vicieuse du membre, sur laquelle nous avons insisté en temps et lieu, *les caractères prédominants sont ceux de la fracture*. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que, au moment de l'accident, ou indépendamment de ce que l'attention du médecin, devait forcément se partager, entre les blessures aussi multiples que graves, présentées par Villain — le gonflement dû à l'épanchement sanguin rendit extrêmement difficile l'exploration de la hanche, le Docteur Bouvier n'ait pas reconnu la luxation. Même s'il l'avait vue, il lui aurait été impossible de tenter la réduction, chez un homme à musculature aussi puissante, surtout en présence d'une fracture comminutive du col qui lui enlevait tout moyen d'action sur la tête du fémur. Plus tard, quand la fracture a été consolidée et les parties molles revenues à leur volume normal, la luxation est devenue d'un diagnostic plus facile ; mais il ne faut pas perdre de vue que la fracture du col, reconnue et traitée par notre confrère, suffisait à expliquer l'attitude vicieuse du membre et son raccourcissement, sans compter que, même à une époque éloignée de la blessure, le diagnostic d'un déplacement de la tête du fémur est *chose très délicate*. Combien de fois est-il arrivé aux maîtres les plus autorisés, même dans le cas de traumatisme, remontant déjà à une date éloignée, d'hésiter à reconnaître à travers les grosses masses musculaires, une tête fémorale déplacée ! Avant de formuler nos conclusions que nous nous attacherons à rédiger de manière à donner réponse à chacune des questions qui nous ont été posées par le Tribunal, il nous reste à examiner s'il y a lieu et moyen de remédier à la situation actuelle de Villain. S'il s'agissait d'un vieillard condamné au repos ou d'un homme n'ayant plus besoin de travailler, il n'y aurait évidemment qu'à s'abstenir de toute intervention. Mais nous avons affaire à un homme dans la force de l'âge, qui est obligé de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille.

Or l'infirmité, dont il est atteint et qui résulte, tant du raccourcissement, que de l'attitude vicieuse du membre blessé et des troubles fonctionnels qui en sont la conséquence, ne lui permettra probablement, même si on tient compte de la possibilité d'une amélioration amenée par le temps et l'exercice, de reprendre son métier de mécanicien, ni d'exercer toute autre profession similaire, exigeant des efforts, de la fatigue, des marches ou des stations debout prolongées.

Il est donc indiqué, pour que le sieur Villain puisse se retravailler, qu'il soit soumis à une opération capable de remédier au raccourcissement du membre, en même temps qu'à la déviation de la cuisse et du pied. Or cette opération ne peut être une arthrotomie, ayant pour objet la reintégration de la tête fémorale, dans la cavité cotyloïde. Outre les difficultés d'exécution et les grands dangers qu'elle ferait courir au malade, l'opération en question ne corrigerait qu'incomplètement le raccourcissement et ne modifierait en rien la rotation du membre en dehors. Le seul moyen d'intervenir utilement et sans danger véritable est de pratiquer *l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne*, grâce à laquelle on obtiendrait à la fois l'allongement du membre, et, étant donné la mobilité de la néarthrose iliaque, son retour à une attitude à peu près normale. Conclusions : 1° L'accident du trois novembre 1896 a déterminé chez le sieur Villain tout à la fois, une luxation iliaque de la tête du fémur gauche et une fracture comminutive du col de ce même fémur, avec éclatement du grand trochanter ; s'il a méconnu la première de ces deux lésions, le docteur Bouvier a parfaitement diagnostiqué et traité la seconde ; 2° la constatation de la luxation était à peu près impossible le jour de l'accident ou dans les jours qui l'ont suivi, même après un examen approfondi et même en l'absence des lésions multiples et graves, auxquelles a eu à faire face l'attention du médecin traitant, du gonflement énorme de la région, et parce que les symptômes de la luxation étaient *absolument masqués* par ceux de la fracture ; la luxation, d'ailleurs eût-elle même été reconnue, que la réduction aurait été extrêmement difficile pour ne pas dire impossible. Le diagnostic exact pouvait être fait après le traitement et à une époque éloignée de l'accident, mais il n'en présentait pas moins des difficultés sérieuses. Une erreur en pareil cas est toujours excusable et ne saurait à aucun degré engager la responsabilité du chirurgien. 3° Par le fait de sa double lésion, mais surtout de la fracture qui joue le principal rôle dans la déviation de la cuisse et du pied, le sieur Villain est atteint d'une infirmité qui, si elle permet la marche avec l'aide d'une canne, interdit actuellement au plaignant tout effort ou toute fatigue, toute marche ou station debout prolongée. 4° Il est démontré par des faits analogues à celui qui nous occupe que la restitution *spontanée* de la fonction, s'il y a néarthrose mobile (ce qui est ici le cas) peut être quelquefois suffisante pour permettre au blessé, après un temps plus ou moins long, de se tenir debout plus facilement et plus longtemps et de marcher librement. Néanmoins, nous pensons que les probabilités d'une guérison seraient notablement hâtées et augmentées, par une opération ayant pour but de corriger tout à la fois, le raccourcissement et la rotation du membre en dehors. Cette opération connue et très appréciée en chirurgie n'est autre chose que *l'ostéotomie* oblique *sous-trochantérienne* du fémur. Elle exige, sans aucun doute, l'emploi du chloroforme ; mais, grâce à l'antisepsie, elle rentre dans la catégorie des opérations pratiquées couramment et sans danger notable pour le patient.

La conséquence de ce rapport a été la mise hors de cause de notre confrère, M. Bouvier, dans cette partie du jugement du tribunal qui concerne la demande formulée contre lui :

Attendu que les médecins experts déclarent formellement que le docteur appelé à donner ses soins à Villain a parfaitement diagnostiqué et traité la fracture du col du fémur survenue lors de l'accident ; que s'il n'a pas reconnu une autre conséquence de cet accident, c'est-à-dire une luxation iliaque de la tête du fémur gauche, c'est que cette lésion était à peu près impossible à constater, à raison du gonflement énorme de la région, et parce qu'elle était absolument masquée par les symptômes de la fracture ; que d'ailleurs, même si elle avait été aperçue

sa réduction eût été impossible à tenter ; que si le diagnostic pouvait cependant en être fait après le traitement et à une époque éloignée de l'accident, il n'en présentait pas moins des difficultés sérieuses, et qu'une erreur, en pareil cas, ne saurait, à aucun degré, engager la responsabilité du chirurgien.

Déboute Villain et Crappier de leur demande contre Bouvier.

Tout est bien qui finit bien, diront les gens pressés. Notre confrère ne partage qu'à moitié cet avis, et cela se conçoit. Il garde le souvenir de ses inquiétudes, des tracas, des dépenses qu'il a dû s'imposer : il a injustement souffert dans sa réputation d'habileté professionnelle, antérieurement bien assise, et dans ses intérêts directs.

Et tout cela pourquoi ? 1° Parce que, derrière le blessé et le patron, se cachait une compagnie d'assurances, dont le médecin faisait les affaires à 6 fr. par sinistre, et qu'elle l'a récompensé de sa générosité, non seulement en le découvrant, mais en essayant de faire retomber sur lui toute la responsabilité pécuniaire, qui revenait au chef d'entreprise et à elle-même.

2° Parce qu'un médecin dont la correction, la loyauté et le bon esprit confraternel ne sont mis en doute par personne, eut le malheur d'accepter, sans nécessité absolue, un mandat de contre-expert, et d'aboutir à un diagnostic incomplet, différent de celui du médecin traitant.

Moralité : N'accepter le rôle si délicat de contre-expert, en pareil cas, que quand nous y sommes contraints par décision judiciaire, en réclamant des collaborateurs et le concours du médecin traitant.

Ne jamais perdre de vue la gravité des éventualités auxquelles nous exposent les fonctions de médecin des compagnies d'assurances-accidents ; ne nous en charger que dans une mesure aussi restreinte que possible, avec défiance, et contre des honoraires compensateurs.

La nouvelle loi sur les accidents du travail exigera à cet égard encore plus de réserve que la situation présente.

Gare aux certificats, chers confrères !

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat médical du Loiret,

Assemblée générale annuelle.
11 *juillet* 1897.

Présents : MM. Halmagrand, *Président;* Morand, *Vice-Président ;* Gassot, *Secrétaire ;* Baillet ; Beaurieux ; Boulle ; Breitman ; Brinon ; Chaignot (Orléans) ; Chipault ; Cœur ; Courtade ; Debienne ; Doret ; Dufour ; Dupont ; Geffrier ; Goueffon ; Grenet ; Heurteau ; Huas ; Hyvernaud (Olivet) ; Jarry ; Jaulin ; Kaplan ; Lambry ; Lefage ; Marmasse ; Martin ; Mion ; Mora ; Meunier ; Naudin ; Pélissier ; Per sillard ; Popis ; Rayneau ; Renard ; Sadrain ; Vacher.

Excusés : MM. Brauman ; Chénal ; E. Defaucamberge ; J. Defaucamberge ; Lacascade et Viger.

Règlement intérieur.

L'Assemblée adopte sans discussion le règlement suivant :

I. — Les réunions syndicales sont des réunions fermées ; ce qui s'y dit revêt un caractère absolument confidentiel.

En conséquence, aucun membre du Syndicat ne doit révéler, soit à des tiers, soit à la presse, ce qui peut se passer dans ces réunions.

II. — Les communications qui peuvent être nécessaires sont faites par le bureau du Syndicat ou du Cercle selon le cas.

III. — Aucun travail communiqué dans une réunion syndicale ne peut être publié sans l'autorisation du Bureau de la réunion où la communication aura été faite.

IV. — Aucun étranger ne peut assister aux réunions syndicales, ou aux banquets qui les suivent, sans une invitation officiellement faite par le Bureau.

L'invitation devra être soumise à la réunion et ne sera faite que si elle ne rencontre pas d'opposition.

Médecins indignes.

L'assemblée adopte les résolutions suivantes :

I. Doit être considéré comme indigne :

(α) Tout médecin qui a subi une peine infamante, en dehors des délits politiques.

(β) Tout médecin qui a manqué à la dignité et au devoir professionnels.

II. Le Conseil Syndical prononce l'indignité pour les causes énumérées ci-dessus :

Soit par l'exclusion du Syndicat,

Soit par le refus d'admission ;

Soit enfin par une décision spéciale sur requête d'un Cercle d'arrondissement.

III. Les membres du Syndicat sont tenus de cesser toutes relations confraternelles avec le médecin déclaré indigne, c'est-à-dire de refuser de se trouver en consultation avec lui près d'un malade quelconque, de l'assister dans une opération, de l'accepter comme aide ou assistant dans la même circonstance, sauf le cas d'urgence absolue dictée par la question d'humanité.

IV. Tout membre du Syndicat qui ne se conformerait pas à cette décision et qui entretiendrait des rapports quelconques avec des médecins indignes, sera appelé devant le Bureau de son Cercle et pourra être cité devant le Conseil Syndical.

Sociétés de secours mutuels.

L'Assemblée vote les résolutions suivantes :

I. Le Syndicat médical du Loiret proteste contre l'obligation imposée aux médecins des sociétés de secours-mutuels de donner des soins et de fournir des médicaments à prix réduits à des membres participants, dont la situation est aisée.

Il estime que les sociétés de secours-mutuels doivent rétribuer leurs médecins au tarif ordinaire des ouvriers, comme cela se pratique dans d'autres départements.

II. La présente délibération, votée en Assemblée Générale, sera transmise aux présidents des diverses sociétés de secours-mutuels du département par les soins des Bureaux des Cercles intéressés et avec les tempéraments qu'ils croiront devoir y apporter.

Protection des enfants du 1er âge.

Le Syndicat médical du Loiret,

Considérant que la mortalité des enfants du premier âge, si elle s'est abaissée sensiblement dans ces dernières années, reste encore fort élevée et atteint presque le quart des enfants placés en nourrice,

Emet le vœu qu'un règlement départemental, tel qu'en prévoit la loi Roussel, détermine certaines conditions du fonctionnement du service que n'ont prévues ni la loi, ni le règlement d'administration publique.

Il propose l'insertion dans ce règlement des dispositions suivantes

I. *Délivrance du certificat médical.*

1. Le certificat médical sera refusé à toute nourrice qui aura perdu deux nourrissons de suite

2. Le certificat sera refusé à toute nourrice qui aura perdu un enfant, sans qu'un médecin ait été appelé.

3. Le certificat sera refusé à toute nourrice qui sera surprise faisant usage du biberon à tube.

4. Le certificat sera refusé, si une épidémie grave règne dans la localité ou si une maladie contagieuse existe dans la famille, notamment la tuberculose.

5. Ces dispositions seront mentionnées, d'une manière apparente, sur le carnet délivré aux nourrices.

II. *Délivrance du certificat des maires.*

6. Les maires ne délivreront leur certificat et le carnet que sur le vu du certificat délivré par le médecin inspecteur (1)

7. Les maires conserveront les certificats délivrés par les médecins inspecteurs et en porteront la copie sur le carnet.

8. La validité des certificats ne pourra excéder trente jours.

Une mention imprimée sur la couverture du carnet spécifiera que les certificats qu'il porte ne sont valables que s'ils n'ont pas plus de 30 jours de date.

9. Tout certificat sera refusé à une nourrice dont le nourrisson aura été retiré par voie administrative ou par ordre du médecin.

III. *Récompenses aux nourrices.*

10. Aucune récompense ne pourra être accordée à une nourrice, si la proposition n'en a d'abord été faite par le médecin inspecteur.

11. Pour encourager l'emploi du lait stérilisé, des récompenses plus élevées seront accordées aux nourrices faisant usage du stérilisateur.

IV. *Rapport général annuel.*

12. Le rapport général annuel sur le fonctionnement du service par l'Inspecteur départemental sera, chaque année, adressé aux médecins inspecteurs.

En faisant ces propositions, le Syndicat médical estime qu'il soustraira les médecins inspecteurs et les maires aux sollicitations incessantes et aux récriminations des nourrices lorsqu'ils croiront devoir refuser le certificat et qu'il assurera un meilleur fonctionnement du service.

Que si d'ailleurs, dans tel cas particulier, la rigueur du règlement paraissait excessive, le médecin inspecteur pourrait la faire fléchir et délivrer le certificat en motivant sur cette pièce les raisons de sa détermination, ces raisons ne pouvant être que favorables à la nourrice.

Le présent vœu sera soumis à M. le Préfet du Loiret par les soins du Bureau du Syndicat.

REVACCINATION.

Le Syndicat médical du Loiret : Emet le vœu que l'article du règlement scolaire qui prescrit le revaccination de tous les enfants de 10 à 12 ans soit mis à exécution dans toutes les communes du département du Loiret ;

Demande à M. le Préfet du Loiret de vouloir bien insister près des municipalités pour qu'elles assurent la gratuité de ce service, en votant les fonds nécessaires ;

Et propose de fixer les honoraires de ces revaccinations au taux adopté par le service de l'Assistance médicale gratuite.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Spiritualisme et spiritisme. — Notre confrère M. le Dr Georges Surbled vient de publier sous ce titre, chez P. Téqui, 29, rue de Tournon, Paris, un volume où il étudie les progrès du spiritualisme, et signale, parmi les plus dangereux ennemis de celui-ci, le spiritisme et ses modernes adeptes.

Nouveaux journaux. — Nous souhaitons la bienvenue à deux journaux : *La Tuberculose infantile*, revue bimestrielle, dirigée par MM. les Drs Derecq et Georges Petit, médecins du Dispensaire de l'Œuvre des Enfants Tuberculeux : et *La Santé publique*, rédacteur en chef Dr Euvrard, journal mensuel de médecine et d'hygiène.

Banquet Budin. — Les amis et les élèves du professeur Budin ont l'intention de fêter sa nomination en un banquet qui aura lieu le 10 mai à sept heures à l'Hôtel Continental. — Prière de faire parvenir les adhésions à M. le Dr Louis Dubrisay, 6, rue de Marengo ou à M. O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Prix de la cotisation : 20 fr.

Le droit du médecin aux soins gratuits dans les hôpitaux. — A propos d'un fait pénible, qui a donné lieu dans la presse médicale à des récits et à des appréciations controversés, nous reproduisons le vœu que vient d'émettre la Société de médecine de Paris, après vérification, dit-elle, des incidents auxquels il est fait allusion :

« La Société de médecine de Paris, émue des incidents qui ont accompagné la mort de son regretté Secrétaire général, M. Martin Durr, à l'Hôpital de la Pitié, proteste contre les errements habituels de l'Administration de l'Assistance publique et en particulier contre son attitude dans la circonstance actuelle. Elle félicite hautement et remercie les Internes en général, anciens et nouveaux, et tout spécialement ceux de la Pitié, pour le noble exemple de solidarité confraternelle qu'ils viennent de donner.

« Elle émet, en outre, le vœu qu'à l'avenir les Internes et Externes des Hôpitaux, anciens et en exercice, puissent être soignés aux frais de l'Administration dans tous les hôpitaux de Paris. »

Nous regrettons seulement que ce vœu n'ait pas été étendu à tous les médecins : l'Assistance publique a reçu de chacun de nous assez de services, pour ne pas avoir le droit de nous ménager la reconnaisance et les égards les plus élémentaires, au moins à l'heure de la maladie ou de la mort.

Le typhus à Alger. — On signale à Alger une épidémie de typhus qui aurait pris naissance à la prison civile, et frappé déjà une quarantaine de personnes. La commission locale de salubrité a indiqué les mesures de prophylaxie à prendre. S'il faut en croire une note communiquée par le gouvernement, le diagnostic de typhus ne serait pas encore certain.

La mise à la retraite de M. Grimaux. — Par décret du 24 avril, M. le Dr Grimaux, dont la déposition, dans le procès Zola, fit une vive sensation, a été mis à la retraite et quitte ses fonctions de professeur à l'école polytechnique.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4269. — M. le docteur BEULQUE, de Tourcoing (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord.

N° 4270. — M. le docteur PELLIER, de Paris, membre de l'Association générale des médecins de France.

(1) Cette disposition ne s'appliquerait pas à la ville d'Orléans, ni aux autres villes dont la population élevée ne permet pas au médecin inspecteur de connaître personnellement les nourrices. Il y a alors avantage à ce que le médecin, délivre son certificat administratif qui fait foi de la moralité de la nourrice.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 20 14 Mai 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les nourrices en Angleterre.

En France, lorsque les mères appartenant à la classe aisée ou à la haute société ne peuvent ou ne veulent pas allaiter, on donne à l'enfant une nourrice mercenaire. Il en est de même en Italie, d'après des renseignements précis qui m'ont été fournis par le Dr Battino, de Pise. A ce point vue, les mœurs paraissent donc être très analogues dans les pays de race latine.

En Angleterre, au contraire, la nourrice mercenaire est à peu près inconnue. Très généralement, les mères nourrissent elles-mêmes leurs enfants : de bonne heure, elles s'aident de *la bouteille*, elles font l'allaitement mixte. Si les mères n'ont pas de lait, l'enfant est élevé artificiellement.

Le Dr William Finlay, d'Edimbourg, a bien voulu, sur ma demande, faire une petite enquête à ce sujet. Je crois devoir citer quelques passages de la lettre qu'il m'a adressée en date du 18 février 1898.

« Les *wet-nurses* ne sont, pour ainsi dire, jamais employées ici : on ne songe à recourir à elles que dans des cas très exceptionnels, pour des nouveau-nés très débiles et dont la vie semble plus ou moins menacée. On s'adresse à la nourrice en désespoir de cause, comme on emploierait une médication héroïque dans des circonstances tout à fait critiques.

Le Dr Haultain, médecin-accoucheur à Edimbourg, l'un de nos spécialistes les plus estimés, m'a déclaré qu'il ne se servait jamais de *wet-nurses*. Accidentellement, un médecin lui a écrit en demandant, s'il connaissait une nourrice qu'il pouvait recommander. Le Dr Haultain chercha dans toute la ville et dans les environs d'Edimbourg, sans pouvoir en découvrir une seule qui voulût se placer. On n'aime pas, a-t-il ajouté, introduire chez soi de telles femmes qui sont généralement des filles-mères, qui font élever leurs enfants à la bouteille, chez leur mère ou ailleurs, afin de pouvoir gagner de l'argent en élevant les enfants des autres ; c'est chose assez risquée, que d'avoir une de ces femmes continuellement chez soi.

Si une femme mariée perdait son enfant, elle aimerait mieux faire disparaître son lait que d'aller nourrir un autre enfant.

Je suis allé à la Maternité et j'ai demandé le nombre des filles qui se sont fait inscrire comme *wet-nurses*, et le nombre des nourrices qui ont été demandées dans le courant de l'année dernière, car il faut dire qu'il n'existe pas chez nous de bureaux de nourrices. On s'adresse toujours à la Maternité pour demander des *wet-nurses*, ou bien l'on fait insérer des annonces dans les journaux quotidiens.

La surveillante de la Maternité m'a dit que jamais, on ne conservait de nourrices dans cet établissement, et que, depuis six ans qu'elle occupe son poste, elle n'a jamais envoyé plus de trois *wet-nurses*, en une année, à des familles qui les avaient réclamées.

Le nombre des femmes qui se font inscrire pour être placées à domicile est si restreint qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une liste ouverte pour ces inscriptions ; on prend seulement les noms et adresses des femmes lorsqu'il s'en présente.

Quant à la rémunération donnée à la nourrice, elle dépend naturellement des familles elles-mêmes ; autrefois, avec leur pension, nourriture et habillement, ces femmes recevaient en moyenne 50 francs par semaine (deux guinées) ; mais maintenant, dans les mêmes conditions, elles ne sont plus payées que 12 fr. 50 à 20 francs par semaine.

Les jeunes médecins de notre génération considèrent les *wet-nurses* comme une chose du

passé et n'en conseillent presque jamais l'emploi.

Tout cela a trait à Edimbourg, en particulier et à l'Ecosse en général ; je crois que l'opinion est la même en Angleterre, mais je n'ai rien pu savoir de l'Irlande ».

Il est donc certain qu'on peut élever très bien les jeunes enfants sans nourrices mercenaires.

Les familles anglaises sont nombreuses en général. La population du Royaume-Uni est toujours en accroissement et émigre tous les jours dans les colonies les plus lointaines.

La race anglo-saxonne est plus prolifique et non moins vigoureuse que la nôtre.

Ce n'est donc pas aller trop loin, que de considérer comme un préjugé, la croyance assez répandue en France, qu'un enfant qui ne reçoit pas le sein de sa mère, doit toujours être pourvu d'une nourrice.

Je sais bien que jadis, à Paris surtout, les statistiques des enfants allaités artificiellement étaient déplorables et donnaient une mortalité très élevée ; mais ce qui était vrai il y a dix ans, ne l'est plus aujourd'hui, et, depuis la découverte et l'application du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel, le biberon n'est plus l'instrument meurtrier si redouté des mères.

Je ne crains pas d'affirmer pour ma part que, toutes choses égales d'ailleurs, le lait stérilisé bien manié, donne une sécurité égale à celle que l'on peut avoir avec une nourrice. Mon opinion est fondée maintenant sur l'observation de trois à quatre cents nourrissons, soit dans ma clientèle, soit au dispensaire de Belleville.

Les résultats de mon expérience personnelle sont conformes à ceux obtenus par M. le professeur Budin et par ses élèves. Il y a quelque temps, le Dr Dufestel, un des praticiens les plus estimés de Belleville, me disait plaisamment qu'on ne le rappelait plus dans les familles où il prescrivait le lait stérilisé. N'est-ce pas le plus bel éloge qu'on puisse faire de cet admirable progrès dans l'allaitement artificiel ?

Le Dr H. de Rothschild, dans un important ouvrage, qu'il vient de publier récemment, nous donne aussi les statistiques les plus rassurantes obtenues par l'emploi du lait stérilisé, et apprécie très judicieusement l'immense portée sociale de cette découverte.

Je ne puis que rappeler ce que j'écrivais en 1896 « sur la stérilisation du lait et sur la question des nourrices ». J'ai mis en parallèle les avantages de l'allaitement au lait stérilisé bien surveillé et les inconvénients sans nombre des nourrices mercenaires, et plus que jamais, j'ai la conviction que le nombre de ces dernières ira en se restreignant.

Le progrès, dans cet ordre d'idées ne peut marcher que lentement ; une révolution thérapeutique telle que celle du traitement de la diphtérie est imposée au public par les médecins en quelques années. Les bienfaits du lait stérilisé ne se répandront que plus difficilement, car la question de l'allaitement touche aux mœurs, aux coutumes ; en modifiant l'allaitement comme nous voulons le faire, nous heurtons d'anciennes habitudes, de vieilles traditions qui seront bien longues à se modifier.

La nourrice, avec son large bonnet enrubanné, comme en France, ou avec son diadème métallique comme en Italie, fait partie de la domesticité décorative dans les familles riches. — « Il faut laisser l'allaitement artificiel aux pauvres gens, m'a-t-on dit plusieurs fois, nous préférons une nourrice que nous avons le moyen de payer. »

C'est une règle pour les accoucheurs parisiens de conseiller toujours une nourrice mercenaire lorsque les mères ne peuvent pas nourrir elles-mêmes. L'allaitement au lait stérilisé n'est pas même tenté pour les enfants les plus vigoureux, alors qu'une pareille tentative serait tout au moins inoffensive, si elle n'était pas suivie de succès, comme c'est la règle.

Il m'est impossible de ne pas relever l'étrange contradiction, dans laquelle tombent les accoucheurs en donnant de tels conseils.

Toutes les mères, qui peuvent le faire, doivent allaiter leurs enfants, disent-ils ; mais, en continuant de propager l'usage des nourrices mercenaires, ils empêchent précisément ces malheureuses femmes de donner le sein à leur propre enfant. Les accoucheurs savent bien cependant que l'enfant de la nourrice n'est que trop souvent sacrifié.

Je ne puis mieux faire, en terminant cet article, que de répéter ce que j'écrivais, il y a deux ans, sur ce sujet :

« Bien que nous n'y refléchissions pas, tant la chose est entrée dans nos mœurs, nous sommes les complices d'une mauvaise action lorsque nous prenons à gage une femme qui vend son lait pour un enfant plus fortuné que le sien. — C'est là un commerce illicite au point de vue social, que nous tolérons parce que nous en faisons bénéficier nos enfants. »

Le lait de la mère appartient à son enfant.

C'est une loi de la nature, qui est respectée en Angleterre et qui ne l'est pas chez nous.

La nourrice mercenaire est une créature dégradée au point de vue moral, puisqu'elle méconnaît les devoirs instinctifs de la maternité à l'égard de son enfant.

Dr G. Variot.

(*In Journal. de Clin. et Thér. inf.*)

Prophylaxie de la tuberculose.

La science continue à faire une guerre acharnée à l'horrible fléau de la tuberculose, et l'un de ses plus éminents champions, M. le Dr *Grancher*, a communiqué récemment à l'Académie de Médecine un rapport qui résume les derniers progrès faits en hygiène et en prophylaxie contre cette redoutable maladie. Voici les conclusions approuvées par l'Académie :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils de 1890 qui votent trois mesures de prophylaxie :

a. Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau.

b. Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide.

c. Faire bouillir le lait, quelle qu'en soit la provenance, avant de le boire.

2° En ce qui concerne la *famille*, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense, dès que la tuberculose est *ouverte* ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé*, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'*armée*, l'Académie demande la *réforme temporaire*, qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent les bacilles de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé, pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose, qui menace toutes les familles.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

a. Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria.

b. Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c. Améliorations du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite.

d. Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

7° Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle Commission permanente dite « Commission de la prophylaxie de la tuberculose », qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

Le séro-diagnostic de la tuberculose.

M. le Dr *O. Sirot*, de Beaune (Côte-d'Or), vient de faire une série de recherches sur un nouveau procédé de diagnostic clinique précoce de la tuberculose pulmonaire.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

Les injections de sérum artificiel stérilisé peuvent suffire pour décéler la tuberculose pulmonaire chez l'homme, comme le fait la tuberculine de Koch. Cette tuberculine ne possède donc pas seule la propriété de provoquer la réaction fébrile.

Les formules du sérum à employer peuvent être, soit la suivante :

Chlorure de sodium	5 gr.
Sulfate de soude..............	10 —
Eau distillée..................	1000 —

soit plutôt :

Chlorure de sodium...........	6 gr.
Sulfate de soude..............	10 —
Sulfate de magnésie..........	2 —
Eau distillée..................	1000 —

Pour les adolescents et les adultes, la dose à injecter est de vingt centimètres cubes, sous la peau de l'abdomen, un peu à droite et au-dessus de l'ombilic.

Chez les individus indemnes de tuberculose, il n'y a pas de réaction fébrile dans les 9 heures qui suivent l'injection, et l'injection est toujours inoffensive.

Chez les individus *apyrétiques*, en possession de tuberculose, il se fait, dans les 9 heures qui suivent l'injection, une réaction fébrile.

Toute température inférieure à 38 degrés ne doit pas être considérée comme réactive.

La température doit être prise avant l'injection et 3, 6, 9 h. après.

S'il y a eu réaction fébrile, la température redevient, 24 heures après, ce qu'elle était avant et s'y maintient. L'injection demeure donc inoffensive.

Il faut avoir soin, avant l'injection, de prendre pendant plusieurs jours la température du matin et du soir, afin de bien s'assurer qu'il n'y a pas chez l'individu de fièvre matutinale ou vespérale. Il faut également ne pas oublier de vérifier la justesse du thermomètre.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hopital Saint-Louis. — M. le Professeur Fournier.

Traitement du chancre simple (1).

Le chancre simple étant une maladie exclusivement locale, n'infectant jamais l'organisme en aucune façon, demande, cela va sans dire, un traitement uniquement local lui-même. Toute médication générale, toute préparation mercurielle, à l'intérieur, en particulier, serait inutile et cependant, encore actuellement dans certains pays, en Allemagne par exemple, on voit des médecins donner l'hydrargyre contre le chancre simple, pratique parfaitement inutile, souvent même nuisible, il ne faut pas l'oublier.

Toutefois, il est certainement indiqué de tenir compte de la constitution même du sujet et on se trouvera bien de prescrire un régime tempéré chez les pléthoriques, et tonique chez les débilités.

Voyons maintenant ce qu'il convient de faire localement sur le chancre simple. La question est de première importance et elle est surtout de première complexité, si l'on considère les nombreuses médications tour à tour vantées et préconisées.

Dans cet ordre d'idées, on s'est dit tout d'abord : voilà une ulcération qui persiste longtemps, qui dure plusieurs semaines, ne pourrait-on pas en finir de suite en l'enlevant d'un coup de ciseau, par excision, et il est certain qu'une telle tentative pourra réussir, si la lésion est de très petite dimension. Mais, il importe cependant que le remède ne soit pas pire que le mal et les difficultés commencent, lorsque le chancre a atteint de grandes dimensions, lorsqu'il y en a plusieurs ensemble. Alors, il devient nécessaire de pratiquer en même temps, trois, quatre, cinq opérations, d'enlever ainsi des lambeaux charnus assez vastes et l'on risque fort, en outre, dans ces conditions, de voir les plaies se réinfec-

(1) Leçon du 1er avril 1898.

ter. Aussi, une méthode thérapeutique qui nécessite comme cette dernière des mutilations véritables, des délabrements sérieux, n'est-elle pas pratique, et doit-elle être abandonnée. Toutefois, il est une circonstance, absolument spéciale, où l'opération en question devient bonne; c'est lorsque le malade présente un long prépuce et un phimosis. Faites alors la circoncision et vous guérirez à la fois les deux affections. Vous aurez fait d'une pierre deux coups.

L'excision, que nous venons de condamner d'une manière générale, nous est revenue tout récemment de l'étranger. Il y a quelques semaines, en effet, on a tenté de faire revivre cette pratique sous le nom d'abrasion du chancre. La nouvelle méthode, dont Unna s'est fait le promoteur, consiste à congeler l'ulcère au chlorure d'éthyle, puis à l'exciser au rasoir à une profondeur de deux à quatre millimètres. La guérison, d'après l'auteur, serait très rapide et sans cicatrice. Eh bien ! Messieurs, c'est à n'y pas croire, et au nom du bon sens, je me refuse à admettre qu'une plaie aussi profonde guérisse sans cicatrice. Je ne puis comprendre une pareille chose.

Je passe...

Après ces premiers insuccès, on s'est dit en second lieu : Si le chancre était une plaie ordinaire, en raison de sa petitesse, il guérirait en huit jours. Il faut donc qu'il soit entretenu par une cause spécifique. Ne pourrait-on pas, dès lors, détruire cette virulence elle-même et transformer ainsi le chancre en une plaie simple, en une plaie de cautère par exemple. La chose est parfaitement possible et la démonstration expérimentale en est d'ailleurs facile, puisqu'un chancre bien cautérisé demeure stérile et ne peut plus être *réinoculé*.

Pour atteindre ce but, en clinique, il est nécessaire d'employer les grands caustiques, comme la potasse, l'acide sulfurique, le chlorure de zinc. Le nitrate d'argent, en particulier, est tout à fait insuffisant, même semé en petits grains, laissés à demeure sur le mal. D'ailleurs, nous voyons tous les jours le peu de résultats obtenus par les malades, qui souvent se servent eux-mêmes et spontanément de pierre infernale.

Il faut donc un agent puissant, dans cet ordre d'idées, ou pour mieux dire, un escharrotique. Voyons maintenant quel est le meilleur agent: du fer rouge, de la potasse, de l'acide sulfurique, des pâtes de Vienne, de Canquoin, etc.

Eliminons d'abord le fer rouge. La lésion pour être anéantie doit être atteinte partout, car elle reprend, si la moindre de ses parcelles demeure intacte. Le fer rouge d'ailleurs n'est pas pratique pour suivre les bords sinueux du chancre et parvenir dans tous ses diverticules.

Avec les pâtes chimiques, au contraire, aucun recoin n'échappe puisqu'elles peuvent être glissées partout. Par expérience, je vous conseille la formule suivante, déjà préconisée par Velpeau et Ricord : acide sulfurique et charbon pulvérisés, mélangés en quantités suffisantes pour faire une masse demi-solide, quelquechose d'analogue à du cirage. La cautérisation se fait en détachant avec une spatule gros comme une lentille de cette pâte, en l'appliquant sur le chancre et recouvrant le tout d'ouate et d'une bande.

Au moment de l'application, il se produit une douleur très vive, mais qui a l'avantage de ne pas durer et de disparaître après quelques minutes seulement. Il se forme alors sur l'ulcère une croûte noire dure, assez lente à tomber, puisque, parfois, elle ne se détache qu'au bout de six à quinze jours, mais laissant après elle une plaie cicatrisée ou en cicatrisation.

J'ai employé personnellement cette pâte, après Ricord et Velpeau, et après l'avoir comparée à différentes autres, je ne crains pas d'affirmer, devant vous, Messieurs, qu'elle est supérieure à toutes. Avec elle, si la cautérisation est bien faite, le chancre est tué, entièrement anéanti, détruit également en tant que foyer de contagion. Le résultat est parfait à tout point de vue, et il faut voir, là, le véritable traitement du chancre simple.

Mais — il y a un mais, — cette pratique a ses indications et surtout ses contre-indications.

Lorque vous avez affaire à un chancre unique, petit, tel le chancre d'inoculation par exemple, l'indication est formelle, majeure, n'hésitez pas; vous avez, en pareille circonstance, un moyen merveilleux de tuer l'ulcère en germe.

Malheureusement, pour une seule indication formelle, nombreuses sont les contre-indications non moins formelles et cette précieuse méthode de n'est utilisable que dans un nombre très restreint de cas.

1° S'abstenir, lorsque le chancre est déjà adulte et son développement complet ou presque. Il n'y aurait aucun avantage évidemment à lui substituer une plaie plus large qui durerait autant que lui.

2° S'abstenir si le mal ne peut être atteint dans tous ses replis ou s'il y a possibilité de réinoculation de voisinage. Ne pas détruire, par exemple, un ulcère préputial coexistant avec d'autres sous-préputiaux.

3° S'abstenir, également lorsque la cautérisation expose à des délabrements importants, comme dans les lésions du méat urinaire, du trajet de l'uréthre, de l'anus.

4° S'abstenir enfin, lorsque les cicatrices seraient trop apparentes. Les organes génitaux ont leur coquetterie et on ne doit pas faire pire que le mal.

Ainsi donc, en résumé, cette méthode admirable convient seulement à un tout petit nombre de malades et n'est applicable qu'au chancre naissant.

Les auteurs ont cherché alors à détruire la virulence du mal par d'autres moyens. Aubert, de Lyon, a démontré à ce propos un fait des plus curieux. Si l'on soumet du pus chancreux à une température de 38° pendant seize à dix-huit heures, celui-ci perd sa virulence. En conséquence, Aubert et Martin ont institué le traitement suivant, dont ils disent avoir obtenu des succès. Le malade est soumis à des bains à 40° durant 12 à 18 heures, en ayant soin de lui appliquer des compresses froides sur la tête, car un bain aussi long élève la température animale, ce qui n'est pas sans danger.

Pour obvier à cet inconvénient, on a préconisé la chaleur locale en entourant la verge d'un serpentin dans lequel circule un courant d'eau à 50° pendant deux fois vingt quatre-heures. Mais tout cela n'est guère pratique et a dû être abandonné.

Je passe ; j'ai hâte d'arriver au véritable traitement du chancre ou du moins à celui qui

convient le mieux dans la majorité des circonstances, car jusqu'ici nous avons vu un seul traitement utile, la pâte Ricord, applicable seulement à un nombre infime de malades.

Somme toute, que faire dans la pluralité des cas : trois choses essentielles :

1° D'abord isoler, séquestrer le chancre;

2° Ordonner une hygiène locale générale, appropriée;

3° Modifier l'ulcère, si possible, par l'usage des topiques.

Isoler le chancre, constitue le point de beaucoup le plus important et certainement le plus grand service à rendre au malade. L'ulcération sera immédiatement recouverte d'ouate, de façon à absorber la sécrétion qui, en se diffusant provoquerait la pullulation d'autres éléments dans le voisinage.

Les règles hygiéniques seront générales et locales. Proscription absolue des alcools, qui aggravent toujours l'état du mal, comme de tout temps on l'a remarqué. Propreté minutieuse de l'ulcère par des ablutions fréquentes, des pansements répétés et soignés. Une pratique excellente également, à ne pas oublier, est de recommander les grands bains tempérés, tous les jours ou tous les deux jours.

Enfin, troisième et dernière indication : modifier, si possible, le chancre par des topiques appropriés. Ici, véritablement, on n'a que l'embarras du choix ; il en existe plus de cent, tous plus parfaits les uns que les autres, aux dires de leurs inventeurs naturellement. Enumérons-en quelques-uns, vin aromatique, nitrate d'argent, perchlorure de fer, tartrate ferrico-potassique, tannin, iodoforme, aristol, iodol, résorcine, europhène, etc...

Il faut, bien entendu, en rabattre beaucoup de tous ces éloges et les nouveaux produits n'ont fait ni mieux, ni plus mal que les anciens, pour la bonne raison que le chancre simple ne demande qu'à se cicatriser. On peut le guérir, et très bien, avec trois choses seulement : de l'eau, de la propreté, de l'ouate. J'en ai fait l'expérience. Rien d'étonnant alors que tel ou tel topique vienne activer la cicatrisation.

Cependant, au milieu de tout ce fatras, il existe trois et surtout deux médicaments qui sont appelés à rendre de grands services. D'abord, le tartrate ferrico-potassique à 1/10, vanté par Ricord. Puis, et plus particulièrement, l'iodoforme et le nitrate d'argent.

L'iodoforme est assurément le topique par excellence du chancre simple. Il a pour inconvénient son odeur pénétrante, difficile à masquer quel que soit le produit, coumarine, vanilline, etc., ajouté dans ce but.

Aussi, vous rencontrerez souvent des malades qui refuseront absolument l'emploi de ce médicament révélateur. Dans ce cas, il existe un moyen terme à proposer, qui est généralement accepté. Il consiste à panser l'ulcère avec l'iodoforme pendant la nuit, et le jour avec autre chose, de l'ouate sèche ou du nitrate d'argent par exemple.

Ce dernier sera utilisé en solution aqueuse, à une dose toujours la même, 1 gr. pour 30. L'expérience, l'empirisme, pour mieux dire, a montré que cette dose était la meilleure ; plus faible, le nitrate est insuffisant ; plus fort, il est irritant. Pour s'en servir, on préparera un petit gâteau d'ouate hydrophile, très mince, qui sera imbibé d'abord de la solution argentique, puis appliqué sur la plaie. On recouvrira alors d'ouate sèche pour absorber l'excès de liquide et on fera ainsi le pansement individuellement, pour chaque chancre : ici, aucun détail n'est superflu.

Le nitrate d'argent convient-il bien à toutes les périodes du chancre ? Nous sommes en présence d'un point de pratique important. Au début, la solution de nitrate est toujours utile, mais, lorsque le mal est à sa période de réparation, lorsqu'il s'est modifié, exhaussé, alors le nitrate devient nuisible. Il faut le supprimer, en le remplaçant par l'ouate sèche, ou une poudre inerte, comme le bismuth.

Voilà le traitement rationnel du chancre simple, celui qu'il est bon de faire. Y a-t-il des traitements qu'il convient d'éviter, parce qu'ils sont mauvais.

Il existe trois pratiques à bannir de la thérapeutique du chancre simple :

1° La cautérisation au crayon de nitrate d'argent qui exaspère le mal, rend la plaie rouge, douloureuse, turgescente.

2° Le pansement avec les corps gras, substances antipathiques au chancre simple.

3° Panser avec la pommade mercurielle, également nuisible, et pouvant même comme l'a montré Ricord, favoriser le phagédénisme.

Nous allons maintenant indiquer les quelques soins particuliers à donner à l'ulcère suivant son siège.

En présence d'un chancre du pubis, il convient de couper soigneusement les poils de cette région.

Le chancre simple de l'anus dure habituellement assez longtemps et son pansement est assez difficile. Tout d'abord, il ne faut pas essayer le nitrate d'argent qui irrite la région. Le mieux est encore de panser avec la vaseline iodoformée à 1/10, en introduisant à travers l'orifice anal, une mèche de gaze enduite de la même pommade.

Prévenir absolument la constipation et ne permettre au malade d'aller à la selle qu'après avoir pris un lavement huileux et enduit l'anus avec un corps gras.

La conduite à tenir en présence d'un chancre de l'urèthre est également délicate. Si la lésion est au méat, on la saupoudrera d'iodoforme, puis elle sera recouverte d'ouate. Si elle est plus profonde, ne rien faire, car le chancre simple du canal guérit facilement et se trouverait plutôt mal de mèches ou de bougies thérapeutiques. S'en tenir aux bains, aux tisanes délayantes.

Arrivons alors à un cas de pratique très commun, celui des chancres sous-préputiaux. Quid agendum ?

Si le malade peut découvrir le gland, panser à l'iodoforme, au nitrate, puis rabattre le prépuce. S'il découvre difficilement, sans cependant faire redouter un paraphimosis, agir de même. Mais si, au contraire, on craint que, une fois le gland découvert, le prépuce ne puisse plus revenir et reste en paraphimosis, il devient nécessaire, dans cette circonstance, de ne pas s'exposer à un tel danger. On traitera le cas, comme une balano-posthite c'est-à-dire par des injections sous-préputiales les unes de balayage, les autres médicamenteuses. A l'extrémité d'une seringue, on adapte une sonde en caoutchouc rouge,

n° 14 ou 15, qui pénétrera jusqu'au cul-de-sac glando-préputial. On lance alors de l'eau simple jusqu'à ce qu'elle sorte pure, puis on injecte, à ce moment, une solution de nitrate à 1 p. 200. Faire tous les jours, deux injections médicamenteuses et en plus, deux ou trois irrigations de balayage.

Deux mots enfin, sur le chancre simple du col utérin. Il guérit facilement, comme tous les chancres internes et il est surtout dangereux pour la vulve qu'il peut inoculer. Aussi faut-il le séquestrer, en le touchant chaque jour avec le nitrate d'argent à 1/30, poudrant avec un produit inerte, bismuth, tannin, puis appliquer un tampon d'ouate.

Messieurs, avant de terminer cette leçon, je la résumerai par les aphorismes suivants :

1° La méthode par excellence de traitement du chancre simple est la cautérisation destructrice, mais elle n'est applicable qu'à un nombre de cas restreint.

2° Pour la majorité des chancres simples, il faut :

a) séquestrer le mal ;

b) suivre une hygiène générale et locale appropriées ;

c) modifier l'ulcère par des topiques dont deux surtout sont bienfaisants, l'iodoforme et le nitrate d'argent.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les honoraires médico-légaux et l'exercice de la médecine légale,

Par M. le Dr Lande, de Bordeaux (1).

Les honoraires alloués aux médecins requis par les autorités judiciaires étaient réglés, jusqu'au 1er décembre 1893, d'après le tarif établi par le décret du 18 juin 1811. Depuis de longues années, ils donnaient lieu, de la part du corps médical, à d'incessantes réclamations que justifiaient les chiffres dérisoires de certains articles de ce tarif. En voici d'ailleurs le résumé :

	Paris.	Villes au-dessus de 40.000 habitants.	Autres villes ou communes
Visites et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu..............Fr.	6 »	5 »	3 »
Pour les ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite et en sus des droits ci-dessus.....	9 »	7 »	5 »
Vacations de rapport lorsqu'il sera fait par écrit................	5 »	4 »	3 »
Les vacations de nuit moitié en plus.......	7.50	6 »	4.50
Les vacations doivent représenter trois heures de travail ; il ne peut être alloué pour chaque journée que deux vacations de jour et une de nuit.			
Indemnité pour comparution devant une autorité judiciaire quelconque au lieu de la résidence ou à moins d'un myriamètre et pour chaque jour....	2 »	1.50	1 »
Indemnité pour déplacement à l'occasion d'une visite ou d'une opération quelconque (par myriamètre parcouru en allant et en revenant)...........	2.50		
Indemnité quotidienne en cas de séjour prolongé hors de la résidence................	4 »	2.50	2 »

Remboursement des fournitures nécessaires pour les opérations.

Un décret du 21 novembre 1893 a profondément modifié le règlement des honoraires médico-légaux :

1° En unifiant le tarif pour toute la France, tarif rendu applicable depuis mai 1897 pour l'Algérie, et depuis quelques jours pour nos possessions coloniales, les pays de protectorat exceptés ;

2° En élevant sensiblement le chiffre de l'allocation attribuée à chaque opération d'après le tableau suivant :

Visite avec premier pansement...........Fr.	8 »
Opération autre que l'autopsie (spéculum, cathétérisme, toucher rectal)..................	10 »
Autopsie avant inhumation....................	25 »
— après exhumation..................	35 »
— d'un nouveau-né, avant inhumation	15 »
— — après exhumation	25 »
Le rapport écrit rédigé à la suite de chaque opération donne droit au minimum à une vacation de..................................	5 »
Indemnité pour déplacement par voie ferrée (par kilomètre)..............................	» 20
Indemnité pour déplacement par toute autre voie (par kilomètre)........................	» 40
Indemnité quotidienne en cas de séjour prolongé......................................	10 »

Le coût des fournitures, reconnues nécessaires pour les opérations, est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense, c'est-à-dire d'un mémoire assorti de factures acquittées ou d'un mémoire attesté sincère et véritable par l'expert lui-même, se portant fournisseur, au prix coûtant, des objets de toute nature, dont il a fait emploi ou des instruments mis hors d'usage au cours de son expertise.

Ce tarif a eu pour conséquence, dans un grand nombre de cas, une notable élévation des honoraires médico-légaux, puisque la plus simple opération (visite d'un blessé et rapport) donne droit à une allocation de 13 francs, et qu'une nécropsie est payée au minimum entre 20 fr. et 40 fr., suivant le cas, au lieu de 15 fr., 12 fr., ou 8 fr.

A la vérité, la distinction entre les nécropsies faites avant inhumation et après exhumation n'est pas aussi rationnelle qu'elle le paraît. On peut avoir à pratiquer quarante-huit heures après la mort l'ouverture d'un cadavre exhumé, et un ou deux mois après le décès, celle d'un corps non encore inhumé et l'honoraire dans ce dernier cas est bien minime en regard du danger couru et des dégoûts de l'opération. Mais il y a, quand même, progrès sur la situation antérieure.

L'indemnité de déplacement a été légèrement diminuée en cas de voyage par voie ferrée, 0 fr. 20 par kilomètre au lieu de 2 fr. 50 par myriamètre, ce qui laisse un très mince bénéfice au médecin. Mais, le chiffre de 0 fr. 40 par kilomètre pour tout autre mode de déplacement, s'il permet quelque profit par voie fluviale n'est pas suffisamment rémunérateur quand le déplacement a lieu en voiture, auquel cas l'ex-

(1) Nous faisons le sacrifice nécessaire pour donner dans le présent numéro le remarquable travail de M. Lande, qui intéresse au plus haut point nos lecteurs.

pert, s'il voyage seul, subit une perte parfois considérable.

Il va de soi que le médecin-expert doit spécifier, sur son mémoire de frais, la voie qu'il a réellement utilisée.

On ne peut s'empêcher de constater ici l'anomalie qui existe du fait de cette tarification complexe et modeste à la fois, quand le déplacement des médecins chargés de l'assistance médicale est payé à raison de 0 fr. 50 le kilomètre, quel que soit le mode de transport employé.

Il ne semble pas que la modification du chiffre des honoraires médico-légaux ait donné complète satisfaction au corps médical et depuis 1893, grand est le nombre des médecins requis par les autorités judiciaires, qui ont communiqué aux journaux spéciaux leurs doléances avec le récit de leurs vaines démarches et de leurs déboires, dans la poursuite du recouvrement de ces honoraires.

Par ignorance des prescriptions du nouveau décret ou par attachement aux anciens usages et plus souvent encore par interprétation trop rigoureuse des instructions ministérielles invitant « à exercer le contrôle le plus vigilant sur les mémoires de frais comprenant des opérations médico-légales » (24 novembre 1893) et « à surveiller rigoureusement l'application du tarif de 1893, de manière à restreindre, dans de justes limites, l'aggravation des frais qui doit en résulter pour le trésor » (31 juillet 1894), quelques Parquets ont refusé le réquisitoire ou l'exécutoire, nécessaires pour le règlement, par le Receveur de l'enregistrement et des domaines, des frais de justice criminelle.

De leur côté, les médecins ont mal appliqué ou mal interprété la nouvelle réglementation, et il en est résulté des conflits plus nombreux, des réclamations plus violentes, que sous le régime si décrié du décret de 1811.

A la vérité, le décret de 1893 n'est pas très explicite et laisse en suspens plusieurs questions qui ont fourni ample matière à controverse entre Parquets et médecins requis, ce qui a nécessité la publication d'une notice explicative adressée par M. le Ministre de la Justice à tous les Procureurs généraux, le 31 juillet 1894. Voici la partie essentielle de cette circulaire ; sa publication éclairera sans doute un grand nombre de médecins sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans la taxation de leurs mémoires :

« 1° Quelques médecins-experts, s'inspirant de l'article 17 du Règlement général du 18 juin 1811, qui allouait pour toute ouverture de cadavre ou autopsie, en sus du prix de cette opération, le prix d'une visite, continuent de réclamer pour une autopsie, indépendamment du prix de cette autopsie, le prix d'une visite.

« Sur ce point, le décret de 1893 diffère de celui de 1811.

« Supprimant la division des médecins en trois classes, le nouveau règlement leur applique, d'une manière uniforme, un seul et même tarif assez élevé pour rémunérer séparément chacune de leurs diverses opérations ; c'est ainsi que les autopsies, divisées en quatre catégories, reçoivent un salaire qui varie de 15 francs à 35 francs, tandis que le règlement de 1811 n'accordait pour les ouvertures des cadavres qu'une indemnité totale de 15 francs, 12 francs ou 8 francs, suivant la classe des médecins. Le nouveau règlement institue, en outre, pour tout rapport écrit, si peu développé qu'il soit, un salaire spécial que n'accordait pas l'ancien et qui ne peut être inférieur à 5 francs (art. 4 et 5).

« Dans ces conditions, si une autopsie a été précédée, soit d'une visite antérieure et distincte, soit d'une opération plus difficile, on doit cumuler le prix de la visite ou de l'opération plus difficile. Mais si l'autopsie a été pratiquée au cours d'une visite unique, la visite n'est que l'accessoire de l'opération chirurgicale avec laquelle elle se confond et, dans ce cas, le prix de la visite n'est pas dû.

« 2° En ce qui conserne le prix du rapport, l'article 4 du décret de 1893 dispose qu'il ne pourra pas être inférieur au montant d'une vacation de 5 francs.

« Toute vacation représentant trois heures de travail, il ne doit être accordé qu'une seule vacation pour tout rapport, dont la rédaction ne semble pas avoir exigé un temps plus long. En conséquence, toutes les fois qu'un mémoire compte de ce chef plus d'une vacation, les magistrats taxateurs doivent vérifier quel est le développement inusité du rapport, avant d'admettre la dépense en taxe ; la chancellerie veillera à empêcher tout abus à cet égard.

« 3° Aux termes de l'art. 5 du décret de 1893, les fournitures nécessaires pour les opérations sont remboursées sur la production des pièces justificatives de la dépense. Le règlement de 1811 contient une disposition analogue dans son article 19, et l'instruction du 30 septembre 1826 explique, en commentant cet article, que le remboursement est subordonné à la production d'un état détaillé des fournitures, quittancé par le vendeur.

« La plupart des médecins, se conformant à une jurisprudence constante en cette matière, ne réclament que le coût des objets qui sont d'une utilité incontestable pour l'opération et que l'opération a mis hors d'usage, tels que les désinfectants, les verres ou bocaux brisés, etc... , mais quelques-uns de leurs confrères présentent parfois des factures s'élevant à des sommes élevées et comprenant des objets dont le prix n'est pas remboursable, tels que leurs instruments professionnels, etc., etc.

« L'administration ne saurait être astreinte à payer la totalité des objets dont le médecin s'est servi au cours de l'opération ; le remboursement des frais de fournitures doit être réglé d'après la quantité des liquides employés et d'après la valeur des objets mis réellement hors d'usage.

4° Je ne crois pas inutile de vous rappeler que l'art. 22 du décret de 1810, qui fixe le montant des vacations de jour et de nuit aux experts « médecins ou autres », n'a pas été abrogé par le décret de 1893. En conséquence, il doit être appliqué en matière d'expertise médicale proprement dite, quand il s'agit de l'examen mental des prévenus, d'analyses chimiques, etc. »

Cette circulaire, très explicite, doit instruire d'une façon complète les magistrats et les médecins sur les questions si souvent controversées du cumul de la visite et de l'autopsie, des vacations de rapport, et des fournitures.

Quelques explications complémentaires paraissent nécessaires en ce qui concerne les *vacations* d'expertise proprement dite. Le décret de 1893, en créant des vacations de rapport, comportant un honoraire de 5 francs, correspondant à trois heures de travail, et applicables à la rédaction des rapports afférents aux visites simples, aux opérations plus difficiles et enfin aux autopsies, n'a pas supprimé les vacations d'expertise ayant pour objet l'examen de l'état mental des prévenus, les analyses chimiques, les examens microscopiques, les enquêtes sur place, les relevés d'empreinte, etc....

Toutes ces opérations doivent être taxées en vacations de jour et de nuit (5, 4 et 3 francs pour le jour ; 7 fr. 50, 6 et 4 fr. 50 pour la nuit), à quotité variable suivant la localité, d'après le tarif de 1811 et il ne peut être compté plus de trois vacations par jour, dont deux de jour et une de nuit, chaque vacation représentant toujours trois heures de travail.

Quant aux vacations de rapport, il y a lieu d'en compter une par rapport et il doit être de règle de rédiger un rapport spécial pour chaque opération distincte.

Mais les hésitations et les discussions, que soulève l'application de tout nouveau règlement ne sont pas les seules occasions des soucis de toutes sortes que cause aux praticiens l'exercice parfois volontaire, à vrai dire, le plus souvent obligatoire, de la médecine légale. De par l'article 475 du Code pénal, tout médecin est tenu d'obtempérer, en cas de flagrant délit, à la réquisition du procureur de

la République, du juge d'instruction et de tous les magistrats ayant devoir et pouvoir d'agir comme auxiliaires du procureur de la République, savoir : les officiers de gendarmerie, les juges de paix, les commissaires de police, les maires et leurs adjoints.

Le corps médical espérait que la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine mettrait un terme à cette obligation, origine de tant de vexations et de dommages moraux et matériels. Il n'en a rien été ; au contraire, l'article 23 de la loi 1893 porte : « Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice », précisant ainsi des obligations certaines, qui ne découlaient jusque-là que de l'usage, comportant extension aux hommes de l'art des prescriptions de l'article 475 du Code pénal.

Donc, de par la loi, tout médecin est tenu d'obéir immédiatement à toute ordonnance du procureur de la République, du juge d'instruction et des magistrats faisant fonctions d'auxiliaires du procureur de la République, sauf le cas d'imposibilité reconnue.

Par malheur, il faut que l'impossibilité soit reconnue par l'autorité requérante elle-même et deux faits récents prouvent qu'il peut y avoir, dans l'appréciation de cette impossibilité, une large part faite à l'abus de pouvoir et même à la malveillance.

Les médecins se soumettent à la loi et prêtent leur concours aux diverses antorités judiciaires, qui ne se font pas faute de les requérir ; il est bien naturel qu'ils réclament les honoraires que leur attribue le décret de 1893, légitime rémunération de leurs peines et soins. Mais il y a loin de l'expertise au règlement des frais de justice.

Le médecin expert établit son mémoire dans sa forme régulière et légale, conformément aux modèles ci-joints. S'il est fréquemment appelé par les tribunaux, il y a chance pour qu'il arrive en temps utile ; mais s'il n'a que de rares occasions de travailler comme médecin légiste, pour faire nombre et pour ne pas augmenter ses débours et multiplier ses démarches, il attendra d'avoir un certain nombre d'expertises qu'il réunira en un seul mémoire de frais. Il risque fort alors de tomber sous le coup du paragraphe 5 de l'article 11 de l'ordonnance ministérielle du 28 novembre 1838, ainsi conçu :

« Les mémoires, qui n'auront pas été présentés à la taxe du juge dans le délai d'une année, à partir de l'époque à laquelle les frais auront été faits — ou dont le paiement n'aura pas été réclamé dans les six mois de leur date — ne pourront, conformément à l'article 149 du décret du 18 juillet 1811, être acquittés qu'autant qu'il sera justifié que les retards ne seront pas imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire. Cette justification ne pourra être admise que par le Ministre de la Justice, après avis du procureur général, s'il y a lieu. »

Il importe donc que les médecins n'ayant pas un courant constant d'expertises médico-légales ne laissent pas s'accumuler trop longtemps les réquisitoires, sans réclamer les honoraires qui leur sont dus. Qu'ils fassent un relevé trimestriel ou semestriel, mais qu'ils ne laissent pas arriver le délai de prescription, qui leur serait opposé au bout de l'année.

On a même vu des magistrats vouloir fixer au 31 décembre la limitation du délai de présentation des mémoires et interpréter dans *le sens de délai de l'année* le terme *delai d'une année* employé dans la circulaire de 1838. De sorte que si cette jurisprudence avait prévalu, tout médecin requis par la justice aurait dû présenter, au 31 décembre, son compte d'honoraires et aurait complètement perdu ces honoraires pour les expertises en cours à cette date.

Mais, la cause principale de conflits entre le médecin requis et l'autorité judiciaire, jusques et y compris la chancellerie, l'occasion la plus fréquente de la perte de tout honoraire, à la suite de déplacements parfois onéreux, de besognes souvent répugnantes et d'un travail toujours effectif et gros de responsabilités, ne réside pas dans la courte durée du délai de prescription. Il faut en accuser la prétention de l'Administration judiciaire de refuser tout honoraire au médecin, quand, par suite de son expertise, il est établi qu'il n'y a pas lieu à poursuites.

Un exemple fera mieux comprendre combien est peu raisonnable, combien est illégale cette prétention. Un homme est trouvé inanimé sur la voie publique : grand émoi dans la commune, le médecin est aussitôt requis par le maire, l'adjoint ou le juge de paix. Il examine le sujet, il constate que la mort est due à une cause naturelle : hémorragie cérébrale, angine de poitrine, anévrisme, etc..., et fait un rapport, qu'il adresse à l'autorité requérante. Le moment venu, il fait figurer cette affaire sur son mémoire d'honoraires, mais le Parquet refuse de taxer, ou, plus tard, la chancellerie lui enjoint de reverser à la trésorerie les honoraires qu'elle déclare indûment perçus. Dans l'un comme dans l'autre cas, on objecte au malheureux médecin que du moment qu'il n'y a eu ni crime, ni poursuite judiciaire, sa prétendue expertise n'est en réalité qu'une simple constatation de décés, c'est-à-dire affaire de police municipale et non de police judiciaire.

Le médecin s'adresse au juge de paix, au commissaire de police, au maire, à l'adjoint, qui lui répondent : « Nous n'avons pas de fonds », ou bien : « Il n'y a pas de crédit spécial au budget de la commune. » Alors le médecin, s'il est pacifique ou instruit par l'expérience, se soumet, trouvant qu'il a déjà bien assez dépensé inutilement de temps et d'activité ; s'il est encore jeune, capable d'illusions et féru d'équité, il écrit, fait des démarches et se démène jusqu'au bout de l'an, où on lui ferme brusquement au nez l'infranchissable porte du délai de prescription.

Il y a là un déni de justice flagrant, un abus de pouvoir incontestable. Que dit la loi ? Le cas est nettement prévu et réglé par les articles 32, 43 et 44 du Code d'instruction criminelle.

« Art. 32. — Dans tous les cas de flagrant délit, lorsque le fait est de nature à entraîner une peine afflictive ou infamante, le procureur de la République doit se transporter sur les lieux sans aucun retard. »

« Art. 43. — Le procureur de la République, lorsqu'il se transporte sur les lieux, se fait accompagner, au besoin, d'une ou deux personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'affirmer la nature et les circonstances du crime ou du délit. »

« Art. 44. — S'il s'agit d'une *mort subite* ou d'une mort dont la cause soit *inconnue ou suspecte*, il se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. »

Les articles précédents s'appliquent également au cas où la constatation est faite, non par le procureur de la République ou ses substituts, mais par un de ses auxiliaires, officiers de gendarmerie, juges de paix, commissaires de police, maires et adjoints, agissant comme officiers de police judiciaire.

Il est bien évident que, dans ces cas, le médecin accomplit une mission judiciaire, et qu'il doit être rémunéré de ses peines et travaux sur les frais de police judiciaire. Lui seul a la science et l'autorité nécessaires pour déclarer qu'une mort est due à une cause naturelle, accidentelle ou criminelle, et pour préciser cette cause ; et c'est aller contre la loi, en même temps que contre le bon sens, que refuser au médecin ayant accompli son devoir, la légitime et modeste rémunération de ses services, sous prétexte que ses constatations rendent inutile toute procédure ultérieure.

D'ailleurs, le médecin a été requis, toute affaire cessante ; il a déféré à la réquisition, il s'est déplacé, il a pratiqué un examen, il a rédigé un rapport ; tout cela pourquoi ? Parce qu'on s'est adressé à lui invoquant l'article 23 de la loi de 1892 : « Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisi-

tions de la justice. » Il a obéi à l'autorité judiciaire, c'est à celle-ci qu'il est en droit de réclamer l'honoraire légal de sa collaboration.

En dehors de cette solution, la seule équitable, le médecin sera conduit à refuser son concours à tout fonctionnaire exerçant, dans des circonstances spéciales, les fonctions d'auxiliaire du procureur de la République, et, en particulier, aux autorités municipales.

Il y a là une source inépuisable de mécomptes financiers, de tracasseries administratives et de rancunes particulières, auxquels est exposé le médecin praticien. A lui, de se défendre en refusant, par principe et d'une façon catégorique, toute constatation officieuse, toute intervention amiable, tout certificat simplement médical, s'il n'est assuré d'avance que quelqu'un, individu, société ou administration prend la responsabilité complète, tant morale que pécuniaire, du service qui lui est demandé. Seule la justice, on ne saurait trop le répéter, a le droit de le requérir, c'est-à-dire de lui imposer, dans une forme déterminée et avec des garanties spéciales, l'exercice de sa profession comme un devoir social.

En résumé, il est prudent pour les médecins requis de faire spécifier par l'autorité requérante qu'elle agit comme auxiliaire du procureur de la République, et pour cela rien ne saurait être plus utile que l'emploi, pour tout réquisitoire, d'une feuille imprimée conforme à un des modèles ci-après.

Et si satisfaction leur est refusée par le Parquet compétent, qu'ils n'hésitent pas à s'adresser directement au Ministère de la Justice; en invoquant les moyens indiqués plus haut, ils obtiendront certainement satisfaction, ainsi que vient de l'obtenir un confrère qui avait été taxé comme simple témoin, alors que le juge d'instruction s'était adressé à lui en qualité d'expert.

Malgré la certitude ainsi assurée de toucher l'indemnité fixée par le décret de 1893, certains médecins, continueront, sans doute, à faire des difficultés pour obéir aux réquisitions qui leur seront adressées, ou accompliront de mauvaise grâce, sans attention et, par conséquent, d'une façon incomplète et peu digne de confiance, la mission qui leur aura été imposée.

Certains autres, plus timorés ou plus scrupuleux, se rendront à la réquisition et feront de leur mieux, mais leur bonne volonté ne pourra pas suppléer à une instruction spéciale insuffisante, à un défaut absolu d'expérience dans la pratique d'opérations, dans l'observation de phénomènes, dans l'examen et la critique de faits que leur éducation médicale ne leur a pas appris. Leur zèle bien intentionné, mais inexpérimenté, les induira à commettre des erreurs tout aussi graves que celles qui auront échappé à la négligence des premiers.

Il faut voir dans ces faits, qui sont malheureusement de tous les jours, la principale cause de ce mauvais vouloir que les médecins reprochent aux magistrats, comme ceux-ci doivent bien souvent imputer la défiance et la résistance que leur témoigne le corps médical au caractère vexatoire que leurs auxiliaires donnent parfois aux réquisitions, à la discussion mesquine ou à la réduction exagérée, illégale même, des mémoires d'honoraires soumis à leur visa.

Cependant, il est un grand nombre de cours et de tribunaux où les relations entre magistrats et médecins légistes sont empreintes d'une déférence réciproque, d'une courtoisie cordiale, qui rehaussent la fonction de médecin légiste, en même temps qu'elles accroissent le prestige de la magistrature.

Il est désirable que ces sentiments fassent cesser partout un antagonisme fort regrettable et fort préjudiciable à tous.

Si l'on tient compte de certaines erreurs judiciaires retentissantes, de certaines décisions prises par les magistrats instructeurs et contre lesquelles proteste l'opinion publique ; erreurs, décisions basées à peu près uniquement sur les conclusions d'un rapport médico-légal, on comprend que l'exercice de la médecine légale ne soit pas seulement l'objet des préoccupations de la magistrature et du corps médical.

Le public tout entier, affolé par les détails plus ou moins véridiques que lui fournit chaque jour la presse sur de récents et lamentables procès, se demande avec terreur ce qu'il doit le plus redouter : l'autorité absolue, les tendances inquisitoriales du magistrat instructeur ; l'incompétence, l'inattention ou la passion de l'expert.

Une réforme s'impose ou, pour mieux dire, une mise en pratique sérieuse de la réforme inaugurée par le décret du 21 novembre 1893.

Aux termes de ce décret : « Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les Cours d'appel en chambre du Conseil, le Procureur général entendu, désignent sur des listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. Ne peuvent être désignés comme experts que les docteurs en médecine ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel. »

Une circulaire ministérielle du 24 novembre 1893 explique que, justement préoccupé de l'importance du rôle du médecin expert, le législateur a voulu que ces délicates fonctions ne fussent confiées qu'à un petit nombre de médecins *offrant toutes les* garanties au point de vue de la compétence professionnelle.

Or, qu'est-il advenu dans la pratique ? D'une part, on a vu bon nombre de médecins qui, jusque-là, s'étaient montrés les plus récalcitrants aux réquisitions de la justice, faire des pas et des démarches pour obtenir le titre de médecin expert des tribunaux, tout en demeurant par la suite aussi peu soucieux d'en remplir les fonctions, ce qui encore n'est pas fait pour relever le prestige du corps médical aux yeux de la magistrature.

D'autre part, le décret du 21 novembre 1893 indique implicitement que, dans les cas prévus par les articles 43, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, ou en cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français, de leur choix.

De plus, la circulaire du 24 novembre 1893 spécifie qu'en matière de flagrant délit, et notamment dans les cas prévus par les articles 43, 44, 235, 268 du Code d'instruction criminelle, les médecins ou officiers de santé qui auront fait les premières constatations pourront être chargés de toutes les autres opérations médico-légales que l'affaire comportera.

Ainsi donc, après comme avant, tout médecin doit obéissance immédiate aux réquisitions de la justice ; et, malgré la désignation d'un corps d'experts, tout médecin peut être requis en invoquant l'urgence et être chargé, par la suite, de toutes les opérations que comportera l'expertice commencée.

La situation est restée à peu près la même, avec tous ses ennuis pour le médecin, toutes ses incertitudes pour le magistrat, tous ses dangers pour la justice.

Il conviendrait que le décret du 21 novembre 1893 fût strictement appliqué. Chaque Cour d'appel constituerait auprès d'elle un corps peu nombreux de médecins-experts, comprenant : 1° d'après l'importance du ressort, un ou plusieurs médecins s'adonnant, d'une façon particulière, à la médecine légale générale, s'engageant à se tenir à la disposition de l'autorité judiciaire, dits médecins légistes, et accrédités auprès de tous les tribunaux du ressort ; 2° quelques praticiens, comprenant des chirurgiens et des médecins, recommandés par leur caractère et leur situation scientifique, et, en outre des spécialistes en médecine mentale, gynécologie, ophtalmologie, otologie, chimie, sciences physiques, etc.

Elle désignerait, en outre, un ou, au plus, deux

médecins légistes auprès de chaque tribunal. Ceux-ci devraient être seuls chargés des expertises médico-légales en dehors des cas de flagrant délit et d'absolue urgence.

Tout médecin n'appartenant pas à cette organisation ne serait plus tenu à obéir aux réquisitions de l'autorité judiciaire qu'en cas de flagrant delit et d'urgence absolue, et n'aurait plus à faire, même dans ce cas, que les constatations immédiates et sommaires ayant pour principal objet de décider s'il y a lieu ou non de recourir au médecin légiste de l'arrondissement.

Dans ces conditions, en vertu du décret de 1811 et des circulaires ministérielles du 12 février 1819 et du 5 juin 1860, le médecin requis, ne faisant pas partie du cadre officiel des médecins légistes et experts désignés par la Cour, pourrait faire payer ses honoraires comme frais urgents par simple taxe et mandat du magistrat requérant inscrit sur le réquisitoire et faisant mention de l'urgence.

Mais la circulaire ministérielle du 23 février 1886, sous le titre « Frais urgents », stipule : désormais les indemnités à témoins et jurés seront parmi les dépenses réputées urgentes, aux termes du tarif criminel, les seuls qui continueront à être payées sur simple taxe.

Donc, les médecins ne faisant pas partie du corps officiel des experts désignés par la Cour, et requis seulement à titre exceptionnel et vu l'urgence, devront cependant établir leurs mémoires de frais dans la même forme et en poursuivre le recouvrement suivant le même mode que les médecins experts.

Il est évident que le médecin requis à défaut d'expert officiel se voit conférer par le réquisitoire tous les devoirs et tous les avantages attachés à la situation d'expert, et ses honoraires devront être taxés suivant le tarif spécial de 1893 et non suivant le tarif appplicable aux témoins ordinaires, comme on l'a fait récemment à l'égard d'un médecin de la Seine-Inférieure, sous prétexte qu'il ne figurait pas sur la liste officielle des médecins experts établie par la Cour, en conformité du décret du 28 novembre 1893.

Les médecins doivent se souvenir aussi, pour s'éviter des démarches inutiles, que cette qualité d'expert ne leur est conférée que par réquisition de l'autorité judiciaire, et qu'en tout autre cas, ils peuvent être cités et taxés comme simples témoins, comme tout citoyen, avec toute fois cette réserve, qu'ils peuvent se retrancher derrière le secret professionnel toutes les fois qu'il s'agit de questions médicales.

En outre de l'application sévère du décret de 1893, une mesure complémentaire s'impose : c'est sinon l'expertise contradictoire, au moins l'expertise à deux, toutes les fois qu'il s'agit d'une affaire grave, pouvant avoir son dénouement en Cour d'assises, c'est-à-dire dans toutes les expertises en matière criminelle proprement dite. L'expertise contradictoire, faite par deux experts choisis, l'un par le magistrat instructeur, l'autre par l'inculpé, aurait une autorité indiscutable, et, grâce à elle, disparaîtraient ces discussions si souvent oiseuses et parfois grotesques qui se déroulent en séance publique des tribunaux, au grand préjudice de la science médicale et de ses représentants. Cette expertise contradictoire n'est pas possible, puisque l'expertise est fréquemment ordonnée avant toute inculpation, mais alors l'expertise à deux, l'expertise avec contrôle donnerait toute garantie de savoir, de prudence et de sincérité.

On voit chaque jour les tribunaux civils désigner deux, trois et même cinq experts pour les éclairer dans des instances où seules sont en jeu des responsabilités pécuniaires parfois peu importantes, et chaque jour aussi on voit confier à un seul expert l'étude d'affaires desquelles dépend, avec l'honneur, la liberté ou la vie de l'inculpé. Il y a là une réforme à accomplir, vivement réclamée par la conscience publique, souhaitée par les magistrats, désirée par tout médecin expert qui comprend les hautes obligations et les terribles responsabilités de sa fonction.

Toutes les fois que l'étude d'un malade comporte un examen nécessitant des connaissances spéciales, les médecins les plus autorisés n'hésitent pas à faire appel au concours de leurs confrères, même s'il ne s'agit que de blessures peu sérieuses ou de maladies peu dangereuses. Il peut bien en être ainsi sans que personne ait le droit d'y voir suspicion ou déchéance, et ceci s'adresse surtout aux médecins, quand on se trouve en présence de lésions graves ou de mort due à une cause criminelle ; quand on doit déterminer le degré de responsabilité d'un accusé, ou procéder à des analyses nombreuses, à des recherches délicates. En pareil cas, le médecin légiste de la Cour ou, si besoin est, l'un des experts spécialistes ou tous deux, simultanément, seraient désignés conjointement avec le médecin légiste du tribunal d'arrondissement. Il en résulterait sans doute quelques frais supplémentaires, chaque expert ayant droit à l'honoraire porté au tarif de 1893 et non à la moitié de cet honoraire, comme voulait en décider un juge de Montmédy ; l'objection n'a pas de valeur quand il s'agit d'assurer, avec l'infaillibilité et le respect de la justice, l'autorité scientifique et morale de l'expertise.

Il en était ainsi autrefois, et les affaires criminelles, tout comme les affaires civiles, étaient confiées à deux ou trois experts. Peut-être même y avait-il abus, car la circulaire ministérielle du 6 février 1867 vint préciser dans quels cas il convenait d'avoir recours à plusieurs experts. «Lorsqu'au cours d'une information, dit cette circulaire, il importe de recourir à la médecine légale, il suffit de désigner un expert, dans les cas ordinaires comme ceux de simples coups et blessures, et deux pour les autopsies et autres opérations qui ne peuvent être renouvelées. On ne conçoit l'utilité d'un troisième expert qu'en cas de partage. »

La circulaire ministérielle du 23 février 1887 est encore plus restrictive, car sous le titre : « Médecine légale et analyses chimiques », on lit : « En principe, un seul expert doit être commis. Les affaires qui présentent des difficultés particulières d'examen nécessitant la désignation de plusieurs médecins ou experts sont relativement rares. »

Nous sommes sous le régime institué par cette circulaire et c'est uniquement dans le but de restreindre les frais de justice que les magistrats, se conformant à des instructions précises et fréquemment renouvelées, ne désignent qu'un seul expert, même dans les affaires qui soulèvent les plus grosses difficultés d'examen et d'appréciation et nécessitent, avec des connaissances techniques aussi étendues que variées, la plus grande netteté d'intelligence, la plus grande droiture de jugement.

On a demandé que les fonctions de médecin légiste ne fussent confiées qu'à des médecins ayant fait des études spéciales et ayant obtenu, à la suite d'examens complémentaires du doctorat, un diplôme, un brevet, leur donnant accès à ces fonctions. En l'état actuel de l'organisation de l'enseignement de la médecine légale en France, cette proposition n'est pas acceptable, la circulaire du 21 novembre 1893 le reconnaît. En fût-il autrement, il est peu probable que l'on trouve des jeunes docteurs disposés à prolonger la scolarité de six mois à un an pour conquérir un titre ne leur assurant que des avantages matériels fort aléatoires.

La pratique de la médecine légale, dans un bon nombre de tribunaux, n'est pas assez active et les tarifs n'en sont pas assez rémunérateurs pour que la situation du médecin légiste procure un revenu annuel important. C'est seulement au centre des grandes villes, que la médecine légale peut constituer une véritable spécialité et, tout naturellement, on y trouve des médecins qui, par leurs études, par leur situation universitaire, se désignent au choix de la magistrature. Il apparaît donc que de longtemps encore on ne peut espérer voir auprès de chaque tribunal un médecin légiste diplômé.

En attendant, il importe de relever le niveau scientifique et moral des médecins légistes, en res-

treignant leur nombre au strict nécessaire et en réglementant d'une façon uniforme et rigoureuse la pratique de la médecine légale.

Enfin, et comme un acheminement vers l'institution d'un corps de médecins légistes diplômés, il y a lieu d'organiser sur des bases plus larges et de doter de ressources plus considérables, l'enseignement pratique de la médecine légale auprès des Écoles et des Facultés de médecine.

17 novembre 1897.

(*Bulletin de l'Union des Syndicats.*)

Les mémoires peuvent être établis mensuellement, trimestriellement ou semestriellement conformément aux modèles suivants :

RÉQUISITOIRE

Nous, soussigné, ...

agissant en vertu de l'article 43 du Code d'instruction criminelle comme Officier de Police judiciaire, auxiliaire de M. le Procureur de la République.

Vu les articles 22 et 23 de la loi du 30 novembre 1892,

Requérons M. le Dr..........

à l'effet de..........

....

....

de quoi il nous adressera un rapport écrit établissant spécialement ....

....

....

et lui déclarons qu'il sera taxé, s'il le requiert, conformément à l'article 4 du décret du 21 novembre 1893.

.........., le..........189

Timbre à 0 fr. 60

FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE

MÉMOIRE

Des frais dus à M. le Dr.........., Médecin légiste assermenté près les Tribunaux de..........

....

Semestre, trimestre ou mois de

....

Numéros d'ordre	Date	Autorité requérante	Nature de l'affaire	Objet de l'expertise	Visites simples	Opérations plus difficiles	Vacations: de jour	Vacations: de nuit	Vacations: de rapport	Nécropsies	Kilomètres par: Voie ferrée	Kilomètres par: Autre voie	Jours de séjour

RÉCAPITULATION

Récapitulation		
..........Visites à 8 francs		
..........Opérations plus difficiles à 10 fr..		
Vacations ....de jour à 4 francs.....		
Vacations ....de nuit à 6 francs.....		
Vacations ....de rapport à 5 francs.		
Nécropsies avant inhumation :		
Fœtus ....N° 1 à 15 fr..............		
Adulte ....N° 2 à 25 fr..............		
Nécropsies après exhumation :		
Fœtus ....N° 3 à 25 fr..............		
Adulte ....N° 4 à 35 fr..............		
..........kilomètres par voie ferrée à 0 fr. 25.		
..........kilomètres par autre voie à 0 fr. 40.		
..........jours de séjour à 10 francs........		
Fournitures suivant état annexé.....		
TOTAL..........		

Je soussigné, Médecin légiste assermenté près les Tribunaux de .... certifie le présent Mémoire montant à la somme de..........

.........., *le*..........189

VISA DE M. LE PROCUREUR GÉNÉRAL

Vu au Parquet de la Cour,

.........., le..........189

Le Procureur général,

Timbre à 0 fr. 60 si le mémoire s'élève à plus de 10 francs

MÉMOIRE

Des objets, drogues et réactifs fournis et employés par M. le Dr.........., médecin légiste assermenté près les Tribunaux d..........

Mois / Trimestre / Semestre } de 189

DATE	N° d'ordre de l'affaire	FOURNITURES	PRIX

Je soussigné, médecin légiste assermenté près les Tribunaux d.......... certifie le présent Mémoire montant à la somme de..........

A.........., *le*..........189

Signature :

RÉQUISITOIRE

Nous, Procureur de la République près le Tribunal de première instance du département d'..

Vu les articles 16, 22 et 24 du règlement du 18 juin 1811 et l'ordonnance du 28 novembre 1838, ensemble les pièces jointes au présent Mémoire,

Requérons, conformément à l'article 140 du même règlement, qu'il soit délivré exécutoire par M. le Juge d'instruction sur la Caisse de l'enregistrement et des domaines, pour la somme de..

........................, le........................ 189

La Procureur de la République,

EXÉCUTOIRE

Nous, Juge d'Instruction,

Vu le réquisitoire ci-dessus, et les pièces jointes au Mémoire, avons arrêté et rendu exécutoire ledit Mémoire pour la somme de..............., montant de la taxe que nous en avons faite, et attendu qu'il n'y a pas de partie civile en cause.

Ordonnons que cette somme sera payée au Dr..............., Médecin légiste, par le Receveur de l'enregistrement au bureau du Palais de Justice, sur les frais de la justice criminelle.

........................, le........................ 189

Le Juge d'Instruction,

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale Française. Réunion du 6 mai 1898. — Le 6 mai 1898 a eu lieu la quarantième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. de Ranse. Vingt personnes y assistaient.

Elections : M. le Dr Pichevin, rédacteur en chef de la *Semaine Gynécologique*, a été nommé membre de l'Association.

Délégation au Congrès international d'Hydrologie de Liège : Sont nommés délégués de l'Association à ce Congrès qui aura lieu fin septembre 1898 : MM. Bérillon, Blondel, Cabanès, Doléris et Gouguenheim.

Club médical de Paris : Sur une proposition faite par M. Doléris, relativement à la création d'un club médical à Paris pour l'année 1900, on a nommé une commission chargée d'élaborer un programme et étudier cette question. La commission est composée de MM. Doléris, Chervin et Marcel Baudouin.

Exposition de 1900 : Des démarches seront faites par le Bureau auprès de M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 dans le but d'obtenir un local spécial pour les membres de l'Association dans le Pavillon de la Presse.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

Bibliographie. — Vient de paraître chez Masson, 120, boul. Saint Germain, et chez Marchal et Billard, 27, place Dauphine : *Code pratique des honoraires médicaux*, par le Dr Ch. Floquet, médecin du Palais de Justice. C'est l'exposé de ce qui se pratique le plus généralement à cette heure, et de l'état actuel de la jurisprudence sur la matière.

Société de pédiatrie à Paris. — Les médecins des hôpitaux d'enfants de Paris, réunis sous la présidence de M. Cadet de Gassicourt, viennent de décider en principe la création d'une société mixte de médecine et de chirurgie infantiles. M. le Dr Ausset, agrégé à Lille, avait émis dernièrement un vœu de ce genre.

Le nouveau Directeur de l'Assistance publique de Paris, est M. le Dr Napias, que tous les médecins connaissent pour ses travaux sur l'hygiène et l'assistance. Il nous est agréable de rappeler à nos lecteurs que M. le Dr Napias est favorable à l'idée syndicale, et qu'il convient d'approuver, sous tous les rapports, le choix fait par le gouvernement.

La sérothérapie du tétanos. — Le *Matin* rapporte en ces termes le fait suivant, qu'il place sous ce titre : *La guérison du tétanos, nouvelle découverte du Dr Roux.*

M. Roux, après de longues et patientes recherches, a acquis la conviction que, pour produire des effets utiles, le sérum antitétanique doit être directement en contact avec les éléments nerveux, siège de l'empoisonnement.

D'où une méthode de traitement tout indiquée, consistant à ouvrir le crâne et à injecter le sérum dans le cerveau, sous les méninges. La méthode donna des résultats merveilleux chez les animaux.

Le docteur Roux, il y a trois semaines environ, recevait la plupart des sommités médicales de Paris, pour leur faire part de sa découverte et les consulter ainsi indirectement sur la délicate question de savoir s'il convenait, dès à présent, d'appliquer le traitement à l'homme.

Ce pas est aujourd'hui franchi. La première application de la méthode a été faite, le 26 avril, dans le service du docteur Quenu, sur un malade atteint de tétanos franc, provenant du service de M. le docteur Chauffard. C'est, naturellement, M. le docteur Quenu qui a fait la trépanation préalable du crâne, et c'est M. Roux lui-même qui a fait l'injection intracérébrale avec le serum de sa composition.

Le malade va aujourd'hui aussi bien que possible.

Inutile d'ajouter que la confirmation scientifique de la découverte est impatiemment attendue des médecins qui ne se font pas une opinion aussi facilement que la presse politique.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4271. — M. le docteur Marchadier, de Lussac-les-Châteaux (Vienne), membre de l'Association Générale des médecins de France.

N° 4272. — M. le docteur Mongin, de Romans (Drôme), présenté par M. le docteur Perret, de Romans.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de M. le docteur Condamine, de Saint-Menoux (Allier), membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 21 21 Mai 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La camaraderie médicale.

Trop de médecins s'imaginent que l'observation d'une attitude correcte, à l'égard de leurs voisins et de leurs rivaux, constitue l'alpha et l'oméga de la déontologie, et que leur conscience n'élèvera aucune protestation, s'ils s'abstiennent, pour toute marque d'intérêt envers le praticien d'à côté, de mettre le pied sur son champ.

A notre avis, c'est comme si chacun des individus, qui composent la société se réfugiait dans une solitude ombrageuse et jalouse, ne parlant que de ses droits et de ses devoirs, murant la porte de son enclos pour résister aux suggestions des sentiments un peu nobles, de la sympathie, de la philanthropie, de la charité, se confinant dans une existence non plus sociale, mais purement légale et réglementaire.

Que, dans nos rapports professionnels, *nous devions éviter de faire aux autres ce que nous redouterions de nous voir faire à nous-mêmes*, ce n'est pas douteux.

Mais c'est totalement insuffisant. Sur cette base, tout à fait théorique et illusoire, on ne bâtira jamais un *code de déontologie* qui puisse être suivi pendant une semaine.

L'harmonie désirable, nécessaire même, entre médecins, pour l'accomplissement consciencieux de la tâche quotidienne, doit prendre ses racines dans l'autre proposition : *Faisons aux autres ce que nous souhaiterions qu'on nous fît à nous-mêmes*. Elle naîtra, non pas de la réserve, mais de la bienveillance.

Or, comment comprendre celle-ci établie de façon durable, si elle n'est pas produite et entretenue par des relations ? Qui développera, dans nos habitudes, la délicatesse, la tolérance, le tact, la serviabilité réciproque, si nous n'apprenons à nous connaître par un commerce journalier ? Chacun de nous a des angles à son caractère ; nous devons en faire, avec l'indulgence de gens vraiment bien élevés, l'étude et le diagnostic ; nous devons surtout savoir fermer les yeux, oublier, pardonner au moins autant à un confrère, qu'à telles personnes du public, dont les défauts sont beaucoup plus grands.

Si l'on nous accorde cela, nous en conclurons, sans effort, que la vraie pratique de la déontologie n'est pas possible sans la camaraderie médicale. Supprimez celle-ci, nous pécherons, à tout instant, au moins par défaut d'obligeance, et le voisin nous le rendra. De l'indifférence à l'hostilité, il n'y a qu'un pas pour des concurrents, et la fatalité, doublée de la malveillance de la galerie, nous le fera franchir du premier coup.

Donc, pas de confraternité réelle sans bienveillance sincère. Et, comme conséquence forcée, pas de confraternité non plus, sans des *actes* et des *preuves* d'esprit de solidarité.

Les syndicats et les sociétés les plus actives ont fait ressortir tout cela de la façon la plus évidente. Les meilleurs d'entre nous s'y sont inscrits des premiers, et sont les plus exacts aux réunions. Y viennent-ils toujours chercher une protection pour leurs intérêts ? Nous en voyons une foule qui se préoccupent surtout de fraterniser ; ils savent bien que, le jour où *tous* les praticiens de la région seront venus s'asseoir autour de la même table, en ne cassant du sucre que sur la tête du public hostile, l'entente absolue sera faite : la déontologie se pratiquera sans code, sous l'inspiration de la conscience, et de la sympathie née des relations.

Eh bien ! chers confrères, cette camaraderie dans la vie professionnelle, pourquoi ne pas l'établir au plus tôt ? Sus aux ostracismes, aux suspicions, aux froideurs, aux racontars, quand tout cela n'est pas surabondamment fondé ! Sus aux défiances, nées de divergences de vues en politique, en religion, en matière scientifique !

Notre profession nous élève au-dessus de ces misères, et nous savons voir plus haut. Les meilleures relations à entretenir et à cultiver sont, voyez-vous, les relations entre confrères. Agréables, parce qu'établies entre gens qui se comprennent; sûres et utiles, parce que les intérêts sont communs ou peuvent toujours être rendus tels; durables parce que nous pouvons tenir notre vie professionnelle en dehors et au-dessus des froissements sociaux, elles rempliront nos instants de loisir d'un charme dont nous nous sommes trop souvent privés, et créeront, autour de nous, une atmosphère de quiétude et de sérénité, au lieu de cet ouragan qui se nomme la lutte aveugle, la lutte à outrance pour l'existence.

Cette camaraderie, si facilement née dans l'insouciance du Quartier Latin, ne conviendrait-il pas désormais de ne plus la laisser disparaître, car elle deviendra notre sauvegarde, étant appelée à représenter la solidarité sincère en clientèle. Or, on la perpétuerait sans peine, si, supprimant tout ce fatras de routines qui s'appellent les privilèges de l'âge, les droits acquis, les titres (qui ne sont souvent que la faveur couverte par la prescription), on faisait, de suite, aux jeunes, qui arrivent, la place qui leur revient, en agrandissant le cercle tout simplement, en accordant à leur diplôme la part qui lui est due, dans les services de médecine publique, à l'hôpital-hospice, etc... au lieu de leur imposer des stages qu'on n'a pas toujours accomplis soi-même, et qu'ils seront tout naturellement tentés (c'est humain) de raccourcir par l'intrigue, au risque de semer la division, la haine et la guerre civile.

Mais, dira-t-on, c'est une révolution, cela. Nous le confessons, et elle comporte sa nuit du 4 août. Mais c'est une révolution pacifique, et désirable au suprême degré, car elle modifierait, en un clin d'œil, les habitudes du corps médical. Elle le mettrait en possession de toute sa force contre ses ennemis, et lui rendrait tout le prestige qui se perd chaque jour dans des compétitions hiérarchiques dignes des siècles disparus.

Ce serait le règne de la *camaraderie médicale obligatoire*. Il ne nous ferait pas regretter le passé.

Dr H. Jeanne.

Société de protection des victimes du devoir médical.

Dès qu'elle a appris par les journaux politiques le décès de M. le Dr Davaine, de la rue Delambre, à Paris, la Société a pris ses informations. A ce moment la famille, absente, vaquait en province aux funérailles de notre jeune et malheureux confrère ; mais M. Davaine ne se trouvait pas dans les conditions prévues par les fondateurs de l'œuvre. Nous adressons nos remerciements à M. le Dr Blancher qui a bien voulu nous préciser les faits, par la lettre suivante. Le corps médical a heureusement, à son actif, des actes de dévouement assez nombreux, assez éloquents, pour ne revendiquer que ceux qui sont des modèles et lui constituent un noble patrimoine.

Samedi, 14 mai, 6 heures.

Monsieur et cher confrère,

Je m'empresse de vous répondre, au sujet des renseignements que vous me demandez à propos de la mort du docteur Gustave Davaine. Ce matin, plusieurs journaux, médicaux et autres, publient des notes tout à fait fantaisistes ; voici ce qui s'est passé : J'ai été appelé, par mon ami Davaine, vers le milieu de la semaine dernière pour une angine ; comme il avait vu, peu auparavant, deux malades atteints de diphtérie, il avait quelque inquiétude sur la nature de son mal. Je fis l'examen bactériologique et, le lendemain, je pus le rassurer ; il s'agissait d'une amygdalite phlegmoneuse à streptocoques. Le surlendemain, l'amélioration était sensible, mais, dans la nuit du samedi au dimanche, survint une broncho-pneumonie à marche rapide, à laquelle il succomba lundi soir. Sa famille, sans être riche, est absolument à l'abri du besoin.

Maintenant que la vérité est rétablie, permettez-moi, mon cher confrère, de vous remercier de votre démarche et de vous féliciter de votre dévouée sollicitude envers le corps médical.

Votre bien dévoué,

Dr M. Blancher.

LA SEMAINE MÉDICALE

Troubles psychiques dus à l'iodoforme.

L'abus des pansements à l'iodoforme a déjà provoqué bien des accidents : diarrhée, vomissements, érythèmes ; M. Schlesinger en cite d'autres dans *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* et *Rev. gen. de Pathologie interne*.

Quelquefois on observe des *troubles psychiques isolés* : agitation, angoisse, changement de caractère, abattement. Ces symptômes sont surtout marqués la nuit.

Généralement, l'intelligence reste intacte. Quelquefois on note d'autres troubles nerveux (perte d'appétit, de sommeil) ; pour les malades, tous les aliments prennent le goût et l'odeur d'iodoforme.

Parmi les troubles généraux, il faut surtout signaler la grande fréquence du pouls (150 à 180).

La durée de ces accidents est très variable, quelquefois seulement de quelques heures, ils peuvent récidiver. Ils surviennent souvent à la fin de la première ou à la deuxième semaine après l'opération.

Souvent on observe de *vraies psychoses*, sous forme de délire aigu et d'inconscience absolue, de délire de persécution, d'accès de délire furieux, d'hallucinations généralement effrayantes. Souvent la parole est troublée, et il n'est pas rare que d'autres troubles nerveux surviennent en même temps.

La période prodromique dure souvent de quatre à six et plus rarement huit jours. La période d'acmé, de cinq à huit. Souvent reste à la suite un état mélancolique. Il peut d'ailleurs y avoir des accalmies passagères.

La mort n'est pas rare dans ces psychoses, soit accidentellement (chute d'une fenêtre), soit dans le coma.

Une dernière forme de cette intoxication simule le coma méningitique, précédé ou non de prodromes. Chez les enfants, on observe une forme intermédiaire entre la forme délirante et comateuse des adultes.

La forme comateuse est la plus grave.

La forme chronique revêt la forme mélancolique.

Le traitement consiste surtout à éloigner tout pansement iodoformé. On peut faire une transfusion de solution saline physiologique.

On traitera l'excitation par des narcotiques.

Le pemphigus oculaire.

Au dernier Congrès d'Ophtalmologie, M. Bellencontre a tenté d'établir l'étiologie jusqu'ici restée obscure du pemphigus oculaire.

S'appuyant sur la Clinique, sur les recherches de l'école italienne à propos du xérosis et de l'école de Saint-Louis au sujet des altérations médullaires rencontrées dans le pemphigus de la peau, il conclut à l'origine nerveuse du pemphigus oculaire.

Une lésion du trijumeau ou de ses ganglions se produirait, déterminant, sur la conjonctive et la cornée, des troubles trophiques irréparables.

Crymothérapie locale dans la tuberculose pulmonaire.

Frappé de la difficulté de stimuler l'appétit et de faciliter les digestions des tuberculeux qui ont tant besoin pour guérir de s'alimenter et d'assimiler, le Dr *E. Ribard* a fait de très remarquables recherches sur les effets de l'application de la glace et du froid intense sur les régions épigastrique et hépatique (crymothérapie, de Κρυμος, grand froid).

L'abaissement de température, qu'on appelle communément froid, a de tout temps été employé en médecine et chaque jour on se sert de l'eau froide, de la glace, des mélanges réfrigérants, des corps produisant une diminution plus ou moins grande de la température, en empruntant aux corps environnants toute leur chaleur, ou produisant du froid par leur évaporation rapide. Mais, à notre connaissance du moins, M. Raoul Pictet est le premier qui, en 1894, ait étudié et appliqué aux animaux et à l'homme les basses températures — 110°. Il constate d'abord les lois suivantes :

« 1° Tous les corps mauvais conducteurs de la chaleur : laine, coton, soie, bois, carton, charbon en poudre, tourbe, etc., retiennent très complètement le rayonnement de la chaleur obscure émise entre + 50° et — 60° C.;

« 2° Entre — 60° et — 80°, ces mêmes corps deviennent de plus en plus diathermanes, au fur et à mesure que les rayons calorifiques sont émis par un corps plus froid ;

« 3° Au-dessous de — 100° on peut considérer que toutes les vibrations calorifiques traversent les corps réputés mauvais conducteurs, comme la lumière traverse le verre. »

M. R. Pictet descend un chien dans un puits frigorifique, refroidi constamment de — 100° à 110°. Il constate chez cet animal « une augmentation rapide de la respiration et de la circulation : cinq à six minntes suffisent pour lui donner le désir de manger le pain qu'il refusait un instant auparavant ». Il fait ensuite l'expérience sur lui-même, descend dans le puits, la tête restant au dehors, et prétend, après huit séances de dix minutes chacune, avoir été guéri d'une dyspepsie jusque-là rebelle à tout traitement (note présentée à l'Académie des sciences, 10 décembre 1894).

Depuis cette époque, MM. les docteurs Chossat et Cordès, de Genève, ont recueilli 96 observations de « maladies de la nutrition » traitées avec succès par les basses températures dans le puits frigorifique.

Ne voulant pas soumettre des tuberculeux à l'action d'un puits de glace et ne pouvant d'ailleurs en faire l'installation pratique, M. Ribard a imaginé de faire des applications locales de neige carbonique à — 80 degrés.

« La neige carbonique est très supérieure à tous les mélanges réfrigérants. En effet, elle n'est pas caustique ; très sèche, elle produit un froid sec et ne mouille pas les enveloppes qui la contiennent ; elle s'évapore entièrement sans laisser ni résidu ni humidité.

« La technique du procédé est des plus simples : on applique chaque matin sur la région épigastrique et hépatique un sac contenant environ 2 kilogrammes d'acide carbonique solide, la peau étant protégée par une épaisseur d'ouate suffisante pour que le malade ressente localement de la fraîcheur et non du froid. A ce moment, le thermomètre placé directement sur la peau et sous le sac marque environ + 25°. On laisse le sac en place pendant un temps qui varie entre vingt et quarante minutes, en moyenne trente minutes. La neige carbonique tassée dans le sac et enveloppée de couvertures de laine, se conserve plus de douze heures, ce qui permet de faire une seconde application avant le repas du soir.

La stimulation de l'appétit est souvent obtenue dès les 24 ou 48 premières heures.

M. Ribard ajoute qu'il a toujours trouvé dans ce retour de l'appétit chez des malades profondément débilités, un puissant effet moral et un auxiliaire précieux. On insiste tellement auprès des malades pour les engager à manger, même sans faim, que ceux-ci renaissent à l'espérance une fois leur anorexie vaincue.

Pour nous résumer en un mot, nous pouvons dire que le premier devoir du médecin en présence d'un tuberculeux étant d'assurer son alimentation, la crymothérapie locale lui fournit constamment ce premier résultat thérapeutique.

Prophylaxie du saturnisme.

Dans une récente leçon publiée par la *Tribune médicale*, M. le professeur *Potain* expose avec détails la prophylaxie des accidents d'intoxication par le plomb. Il fait tout d'abord remarquer que l'absorption du plomb ne se fait pas par la peau ; de récentes expériences ont montré que le plomb appliqué sur la peau peut, tout au plus, produire des paralysies musculaires. En enduisant de pommade de plomb des animaux rasés, on a constaté chez eux une intoxication violente. Or cette expérience n'est qu'une illusion, une observation attentive montre que cette intoxication se produit parce que l'animal se lèche ; si on parvient à l'en empêcher, aucun phénomène ne se montre. L'absorption par les bronches est, elle aussi, une illusion ; l'intoxication a lieu, il est vrai, lorsqu'on introduit du plomb dans la trachée, mais c'est parce que les animaux toussent, renvoient ce plomb et l'avalent. L'intoxication par le tabac à priser est due au même mécanisme.

« C'est donc bien par les voies digestives qu'a lieu l'absorption du plomb, même s'il n'est pas à l'état soluble. Elle dépend de l'état d'acidité des voies digestives. Si le milieu stomacal est alcalin, aucune réaction ne se produit, le plomb n'est pas rendu soluble ; si, au contraire, l'estomac est acide, on constate l'absorption ; l'expérience l'a prouvé.

« Autrefois beaucoup de peintres, atteints de saturnisme, venaient à la Charité et surtout au printemps ; la raison en est simple ; ils partaient en campagne en ce moment, aux environs de Paris, buvaient davantage et, par cela même, déterminaient chez eux un accès de saturnisme.

« On peut donc dire qu'en peinture, puisque l'absorption du plomb se fait par les voies digestives, il n'y a qu'une chose dangereuse, c'est le ponçage, opération qui consiste à frotter au papier de verre la peinture sèche, et qui permet ainsi de respirer et d'avaler de la poussière de plomb. Le second danger est l'acidité de l'estomac ; or, cette acidité n'a lieu qu'au moment de la digestion ; le reste du temps, le milieu stomacal est presque neutre. Par conséquent, tout danger peut être écarté en ne buvant pas de vin ni d'alcool ; non que l'abus de l'alcool diminue la résistance à l'absorption du plomb, mais parce qu'il entretient un état acide des voies digestives.

« On a préconisé de se laver la bouche, le nez, la gorge, les mains fréquemment, lorsqu'on est peintre ; le plus utile est d'éviter d'aspirer les poussières de plomb que peut contenir l'air. Ces poussières n'y sont en suspension qu'au moment du ponçage ; on peut, durant cette opération qui n'est pas d'une fréquence extrême, porter un respirateur, instrument gênant, mais qui écarte le danger. En plus, il faudra combattre l'acidité de l'estomac. Notons, d'ailleurs, que vouloir le rendre neutre par le bicarbonate de soude serait une faute, l'acidité étant encore plus forte après l'action passagère de ce neutralisant. »

Telles sont les mesures que le professeur Potain considère comme suffisantes pour éviter les coliques et les paralysies saturnines.

L'antisepsie des voies respiratoires.

D'après le Dr Chaumier, de Tours, pour toute maladie dans laquelle on peut redouter des complications pulmonaires, il est indispensable de faire l'antisepsie des voies respiratoires.

Cette antisepsie devra comprendre :

1° Les irrigations fréquentes, à l'aide d'un liquide antiseptique, de la bouche, du pharynx et du nez.

2° L'aspiration de vapeurs antiseptiques (créosote, menthol).

3° L'absorption de médicaments s'éliminant par le poumon et capable d'antiseptiser les voies respiratoires, parmi lesquels le créosotal et le carbonate de gaïacol sont surtout recommandables.

La vaccine de génisse à bras est souvent insuffisante, parfois dangereuse.

M. le Dr Chaumier, de Tours, qui s'occupe beaucoup de questions de vaccine et de vaccination, a remarqué que fréquemment, les génisses vaccinées donnent un vaccin d'une virulence insuffisante.

Pour obtenir un vaccin le plus virulent possible, il est indispensable de veiller à l'antisepsie des écuries, à l'asepsie des instruments servant à l'ensemencement et à la récolte du vaccin, à l'asepsie du champ vaccinal, à la santé de l'animal vacciné ou à vacciner, à la qualité de la semence employée.

Il est impossible dans beaucoup de cas de juger de la qualité du vaccin d'un veau sans l'essayer, certains vaccins du meilleur aspect donnant des résultats nuls.

Tout vaccin doit, avant de servir de semence, ou avant d'être livré aux vaccinateurs, être essayé sur l'enfant.

Lorsque l'enfant vacciné par coupures longues, isolées, ne présente pas, le troisième jour, à chaque coupure, une pustule unique de la longueur de la coupure, et à bords réguliers, le vaccin ayant servi à la vaccination doit être regardé comme pas assez virulent, et doit être rejeté.

Tout ce qui précède est la condamnation de la vaccination de génisse à bras, partout abandonnée à l'étranger, conservée seulement dans quelques villes de France, notamment à Paris.

La vaccination de génisse à bras est un procédé primitif et non scientifique, qui expose à de nombreux mécomptes ; elle peut être désastreuse en temps d'épidémie.

On ne doit employer pour les vaccinations et les revaccinations que de la pulpe ne contenant pas plus de 4 grammes de liquide (glycérine ou glycérine et sérum) par gramme de pulpe solide.

La pulpe mélangée de glycérine doit être opaque et jamais transparente.

Des psychoses post-opératoires.

La discussion sur les psychoses post-opératoires se poursuit à la Société de chirurgie. Chaque chirurgien apporte des preuves en faveur de l'intervention opératoire et combat l'idée que l'acte chirurgical puisse déterminer un trouble mental quelconque, chez un sujet non prédisposé par son tempérament.

M. Ollier, M. Le Dentu accusent surtout l'hystérie, M. Gérard-Marchant cite plusieurs faits intéressants qui prouvent, cependant, que l'hystérie n'est pas toujours seule en cause.

« Une malade venue de province, âgée de 70 ans, à laquelle j'enlevai le sein, fut prise d'affaiblissement cérébral le soir même et a déliré jusqu'au jour où elle a repris ses occupations. Un homme atteint de gangrène momifiante, âgé de 78 ans, fut amputé de la cuisse et le soir même il est pris des mêmes accidents, sans fièvre non plus que la précédente. Il ne reconnaissait personne, ne voulait plus manger, mais il guérit et ne recouvra la raison que lorsqu'il reprit la vie des champs.

« Ces malades avaient été transportés des champs dans un milieu tout nouveau pour eux, avec nombre d'émotions ; aussi sont-ils dépaysés, pourrait-on dire, et ce n'est qu'au retour dans leur pays que la raison revient.

« J'ai pu voir aussi des malades jeunes auxquelles j'ai enlevé le sein complètement, sans les prévenir, tomber dans une véritable mélancolie, par suite de la perte forcée de leurs habitudes mondaines.

« Un malade auquel j'avais enlevé le ganglion de Gasser fut pris de délire violent, de véritable manie pendant trois semaines, le tout sans fièvre et je ne puis attribuer ces accidents qu'à la perturbation infligée au système nerveux au moment de l'ablation du ganglion. Enfin, chez une autre à laquelle je disséquai le grand sympathique, se montra un délire analogue. Délire en somme par lésion du centre nerveux plus ou moins proche de ce centre.

« Pour certains, les faux blennorrhagiques, les varicocèles, il faut savoir que les malades exaspérés, dès qu'on consent à leur faire la moindre opération, peuvent devenir des délirants, des délirants violents.

« Il est une sorte de triade symptomatique, dilatation de l'estomac, rein mobile et utérus malade, qu'il faut redouter chez tous les malades ; n'opérez pas ces malades. L'acte opératoire aboutit à l'éclosion d'une aliénation mentale, latente encore, mais qui ne demande qu'à se montrer sous une influence parfois légère. En cherchant, on trouve des antécédents de famille.

« J'arrive à l'action du traumatisme sur la folie. J'ai souvenance d'un paralytique général qui, dans une chute, fut atteint de lésions suivies d'une série de phlegmons graves. Or, pendant ces affections et après, pendant quelque temps, survint une rémission momentanée qui permettait d'espérer peut-être une guérison. »

Les accidents de l'évolution de la dent de sagesse.

L'évolution de la dent de sagesse peut amener des accidents très variables soit locaux, soit généraux. D'après l'opinion généralement admise jusqu'ici, ces accidents de toutes sortes auraient pour cause unique l'insuffisance de place laissée à la dent de sagesse. Ils sont surtout l'apanage des races supérieures dans lesquelles le front se développe aux dépens du maxillaire inférieur qui ne contient plus une place suffisante pour les dents de sagesse. Pour M. Moty, au contraire, ces accidents seraient dus à des masses épithéliales qui seraient des sortes de kystes dermoïdes pouvant s'enflammer spontanément ; cette inflammation serait une sorte de réaction de la nature, pour se débarrasser des masses épithéliales qui pourraient être l'origine de tumeurs malignes.

M. *Reclus* a démontré, dans un récent rapport à l'Académie de médecine, que cette nouvelle théorie n'est pas admissible, car les masses épithéliales s'enflamment rarement, et, d'autre part, dans le maxillaire inférieur l'évolution vicieuse de la dent de sagesse devient tout à fait rare quand la deuxième molaire a été enlevée ; il n'y a cependant là aucun changement dans l'état des masses épithéliales, la seule différence est que la dent de sagesse à plus de place pour évoluer.

MÉDECINE PRATIQUE

Les dyspepsies.

On donne le nom de dyspepsie à l'ensemble des symptômes de toute mauvaise digestion : renvois, pesanteurs, douleurs, malaise général, céphalalgie, sueurs ou frissons, ou simple sensation de brûlure gastrique après les repas.

Les diverses modalités de la dyspepsie sont fort nombreuses et les efforts des auteurs pour en établir une classification rationnelle, n'ont le plus souvent abouti qu'à en augmenter le chaos.

En fait, il faut séparer la dyspepsie produite par les lésions de la muqueuse stomacale (gastrites, ulcère, cancer) de la dyspepsie purement fonctionnelle, c'est-à-dire de l'insuffisance digestive sans lésions anatomiques. C'est à cette seule catégorie de dyspepsie que nous consacrerons l'étude d'aujourd'hui. Les avis sont partagés en ce qui concerne la nature du trouble fonctionnel ; pour M. Hayem et ses élèves, il s'agit toujours d'une altération des sécrétions glandulaires physiologiques ; c'est une perversion du chimisme stomacal, une altération chimique ; pour M. Mathieu, la dyspepsie fonctionnelle est d'origine motrice ; les aliments sont mal digérés, parce qu'ils sont mal brassés, mal pétris par les musculeuses stomacales.

Il est incontestable que l'élément chimique et l'élément moteur ont autant d'importance l'un que l'autre, et que dans toute dyspepsie il faut tenir compte de l'un et de l'autre facteur; cependant, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut penser qu'il s'agit tantôt d'une dyspepsie chimique, tantôt d'une dyspepsie motrice. A ces deux classes, il faut en joindre une troisième, la dyspepsie purement nerveuse, l'atonie névropathique de l'estomac qui est le prélude de la dilatation stomacale.

I

DYSPEPSIES CHIMIQUES.

Les dyspepsies chimiques peuvent se diviser en :

1° dyspepsies par altération quantitative des éléments chlorés.

2° dyspepsies par altération qualitative.

3° dyspepsies par troubles évolutifs.

La première division, celle des dyspepsies par altération quantitative, comprend les *hyperpepsies généralisées*, avec exagération de la quantité d'acide chlorhydrique libre et combiné aux matières organiques, les *hyperpepsies chlorhydriques* avec excès d'acide chlorhydrique libre, les hyperpepsies *chlororganiques*, avec excès de chlore combiné, enfin les *hypopepsies* et même les *apepsies* avec diminution ou même disparition totale de l'acide chlorhydrique.

Pour étudier la quantité de l'acide Hcl libre et du chlore combiné, on procède de la façon suivante, indiquée par M. Hayem et M. Winter : on fait prendre un repas d'épreuve, 60 grammes de pain et 250 centimètres cubes de thé sans lait, ni sucre, puis, au bout d'une heure, on retire avec le tube et la pompe stomacale le contenu de l'estomac en pleine digestion. L'analyse chimique donne pour une digestion normale :

Hcl libre......................	0.044
Hcl combiné..................	0.168

Si ces chiffres sont tous deux sensiblement augmentés, il y a hyperpepsie généralisée ; si le chiffre du chlore combiné est seul augmenté, il y a hyperpepsie chlororganique : dans ces deux cas, le liquide gastrique est très abondant, peu muqueux, contient quelques débris alimentaires bien émulsionnés et peu de peptones. Voici les symptômes de cette catégorie de dyspepsie, d'après M. *P. Cornet* (in Traité de Médecine et de Thérapeutique, Maloine édit., Paris, 1896) : « Appétit conservé et souvent même exalté jusqu'à « un fort excès ; il y a de véritables fringales « deux ou trois heures après les repas ; la digestion n'est pas douloureuse, mais pénible ; il y « a gêne, malaise, sensation de plénitude ou de « ballonnement ; il y a des crampes ou crises « gastralgiques ; les vomissements sont rares, « la constipation est habituelle. Comme la neu« rasthénie accompagne fréquemment l'hyper-

« pepsie, cette dernière est souvent considérée « comme une névrose : grande excitabilité, sommeil difficile ou insomnies, céphalalgie, palpi- « tations, mélancolie, irritabilité du caractère, « impuissance génitale, etc. »

Lorsqu'il y a seulement une augmentation des proportions de l'acide Hcl libre, ou hyperpepsie chlorhydrique, hyperchlorhydrie, l'analyse, après une heure de repas d'épreuve, donne :

Hcl libre	0.250
Hcl combiné	0.056

« Le liquide stomacal est fluide et contient des « débris alimentaires, peu modifiés, provenant « des repas antérieurs. L'appétit est excité, mais « sans fringales : la soif surtout est vive. La gor- « ge est sèche et brûlante ; la digestion est péni- « ble, il y a des crampes, des régurgitations et « des pituites acides. La salive est épaisse, mais « la langue propre : la constipation alterne avec « la diarrhée. Fréquemment, il survient des vo- « missements, presque sans cause apparente, « principalement après des écarts de régime. Le « sommeil est pénible et accompagné de cauche- « mars. »

L'hyperchlorhydrie amène généralement à sa suite de la dilatation stomacale, car elle produit une hypersécrétion continue, même dans l'intervalle des digestions, du moins dans de nombreux cas : c'est ce qu'on appelle la *gastro-succorrhée* ou *maladie de Reichmann*. L'estomac ne se vide plus complètement et l'hypersécrétion le distend d'une manière permanente, provoquant du ballonnement et du glouglou gastrique, même à une grande distance des repas.

Enfin, quand l'acide chlorhydrique libre ou combiné est en si minime proportion qu'il ne peut être décelé par l'analyse, on dit qu'il y a hypopepsie ou apepsie. Le liquide de l'estomac est épais, peu abondant, foncé et de réaction indécise.

Les symptômes de cette variété sont particulièrement obscurs et peu bruyants : la douleur est rare et confuse ; il y a un peu de constipation ou de diarrhée, les vomissements sont rares ou s'ils existent sous l'influence d'excitations passagères (pituites alcooliques, vomissements tuberculeux) ils sont faibles. A cela, il faut ajouter de la céphalalgie, de l'insomnie, des cauchemars, de la faiblesse musculaire et de l'apathie.

Les dyspepsies, avec altérations qualitatives, sont caractérisées par de l'exagération ou de la diminution de l'acidité gastrique.

L'acide Hcl est plus ou moins prédominant dans la composition du suc gastrique et lui donne, par suite, des qualités digestives fort variables ; il en est de l'acide comme du sel qui ne sale pas ou du sucre qui ne sucre pas ; ses qualités sont inférieures et par suite sa valeur digestive est nulle ou non en rapport avec sa quantité. Les symptômes de cette catégorie de dyspepsie sont les suivants : éructations, ballonnement, flatulences, nausées, brûlures, gastriques, somnolence après les repas, bouffées de chaleur à la face, constipation.

Dans une troisième classe de dyspepsies, M. Hayem comprend les digestions irrégulières, c'est-à-dire avec troubles d'évolution, lenteur dans l'accomplissement de l'acte chimique ou rapidité excessive, puis arrêt brusque de cet acte. Il peut arriver, en effet, qu'après une demi-heure, le chimisme présente les mêmes rapports qu'au bout d'une heure avec le même repas d'Ewald, ou qu'au contraire, ce même équilibre, constaté normalement au bout d'une heure, se présente seulement après deux ou trois heures. En général, ces troubles accompagnent soit l'hyperpepsie, soit l'hypopepsie ; on ne peut donc guère les en séparer, et, de fait, les symptômes qu'ils produisent sont ceux de l'hyperpepsie et de l'hypopepsie.

II.

DYSPEPSIES NERVO-MOTRICES.

Les dyspepsies nervo-motrices sont d'après MM. *Mathieu* et *Soupault*, celles qui reconnaissent pour cause un défaut de contractilité des musculeuses de l'estomac, soit par altération de la fibre musculaire elle-même, soit par lésion fonctionnelle ou anatomique des nerfs du plexus gastrique.

L'élément capital de la digestion est le massage, le brassage des aliments, dans l'estomac, au milieu du liquide gastrique, absolument comme dans la bouche ; le phénomène de la mastication est plus capital encore que celui de l'insalivation.

Le suc gastrique est évidemment indispensable à la bonne digestion, mais le principal, c'est le mouvement de l'estomac ; quand, par suite de surmenages ou simplement de faiblesse de constitution, la musculeuse stomacale est avachie, tiraillée comme du caoutchouc fatigué, cette importante tunique ne peut plus remplir son rôle, elle ne peut plus bien brasser les aliments, ni expulser complètement le contenu du sac gastrique, d'où des phénomènes de stagnation alimentaire, de pesanteur, d'éructations, de somnolence post-prandiale, de chaleur du visage, de vomissements même, enfin de dilatation gastrique.

Ces théories de M. Mathieu ont certainement une grande valeur scientifique comme celles de M. Hayem sur l'importance du chimisme. Dans bien des cas, il faut faire intervenir la nervo-motricité comme le chimisme ; dans bien des dyspepsies, il y a une altération des fonctions de mouvement en même temps qu'une altération de composition du suc gastrique. La distinction des parts qui reviennent à la motricité ou au chimisme, paraît être souvent fort ardue et, pour notre part, nous croyons qu'il faut toujours considérer les deux éléments comme étant concurremment en cause.

III

DYSPEPSIES NERVEUSES.

M. *Lancereaux* a récemment esquissé les différents traits des dyspepsies nerveuses, dont il attribue l'origine à l'herpétisme. « La dyspepsie nerveuse, dit-il, est fréquente comme l'herpétisme lui-même. En clientèle, la majeure partie des malades qui viendront vous consulter dans votre cabinet seront des dyspeptiques de cette sorte. Huit fois sur dix ils se plaindront à vous de tout autre chose que de leur estomac.

« Docteur, vous diront-ils, je vous demande d'être franc avec moi, je sais que j'ai une maladie de cœur... ». Souvenez-vous de ceci : Quand un client vient vous parler de ses palpitations et de ses douleurs au cœur, pensez tout de suite à la dyspepsie.

D'autres fois, c'est une maladie du poumon, parce qu'il a de l'oppression, une maladie du cerveau parce qu'il a des vertiges, une maladie de la moelle épinière parce qu'il se sent avachi et les jambes molles.

C'est la syphilis aussi qui leur donne leurs malaises. Ah ! que de syphilophobes parmi les dyspeptiques !

Le début est tellement insidieux que le malade s'y trompe presque constamment, même s'il est médecin. Quand vous lui parlez estomac, il vous répond foie ou cœur, et vous affirme qu'il digèrerait des cailloux. Cependant, vous apprenez qu'il a de la sensibilité, de la gêne, de la pesanteur à l'épigastre, du ballonnement après les repas, des éructations, des bâillements. Mais les malades ont trouvé tout naturel de bâiller, de roter, d'avoir un poids sur l'estomac quand ils ont mangé, et d'être forcés de se déboutonner après les repas. En revanche, le glou-glou, les borborygmes et surtout le pyrosis (*le brûlant, le brûle-cou*, disent les malades), dirigent assez souvent leurs soupçons vers leur estomac.

Avant de les examiner, interrogez-les encore. Prenez la main de votre client que vous trouverez souvent froide, souvent aussi cyanosée (nouvelle preuve pour le malade que son cœur est atteint, et que « la circulation ne se fait pas ».

Demandez-lui, et il vous dira qu'il a toujours les pieds gelés. Informez-vous s'il dort, et vous saurez qu'il se réveille la nuit.

La région gastrique est ballonnée.

La percussion fait reconnaître si l'estomac est ectasié. Pendant la digestion, la partie déclive est mate, la partie supérieure est remplie de gaz. Après la digestion vous percevez partout du bruit hydroaérique, signe d'un mélange de liquide et de gaz. S'il n'y a pas de diarrhée et que le bruit hydroaérique se rencontre jusqu'au pubis, c'est que l'estomac descend jusqu'au pubis.

Vous avez assez entendu parler du bruit de clapotement pour que je m'abstienne de vous en entretenir ici. Permettez-moi pourtant de vous dire que, malgré les caractères distinctifs qu'on a essayé de donner, il est souvent difficile de distinguer le clapotement colique, du clapotement stomacal.

A côté des signes propres à l'estomac, il y a des symptômes réactionnels du côté des autres organes.

Au cœur, des palpitations, des sensations pénibles de constriction ; aux poumons, de la dyspnée, des douleurs intercostales ; au cerveau, de l'insomnie, de l'aphasie passagère, de l'hémiplégie fugace, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements ; aux reins, de la polyurie ; aux glandes salivaires, de la sialorrhée ; de la diarrhée ou de la constipation, de l'entérite membraneuse, de l'acné, de la blépharite, des varices, des hémorrhoïdes, de la calvitie, de la rétraction de l'aponévrose palmaire, des arthrites sèches.

« Dans les formes chroniques de la dyspepsie nerveuse, il y a des altérations du caractère, de la tristesse, des impatiences, de l'irritabilité. Mais les troubles mentaux graves appartiennent surtout à la dyspepsie aiguë, à la dyspepsie fébrile. Les malades n'ont aucun appétit, et le seul régime qui leur convienne, jusqu'au rétablissement des sécrétions digestives, c'est le régime du lait.

« Le *Diagnostic* de la dyspepsie nerveuse n'est pas toujours chose aisée. Rapportez-vous à ce que je vous disais au début de cette leçon. Souvenez-vous que rarement le malade attirera votre attention sur son estomac ; que son appétit est le plus souvent conservé, qu'il peut même être exagéré, boulimique, et que le malade qui ne souffre pas de l'estomac reste incrédule, quand vous lui affirmez l'origine gastrique de sa « maladie de cœur », ou de sa « maladie nerveuse ». Prenez en considération un ensemble de petits symptômes : l'expression inquiète du visage, le refroidissement des extrémités, l'insomnie particulière, la fatigue du matin, les palpitations, la douleur sternale, la douleur intercostale gauche qui est également très fréquente. L'examen négatif des autres organes vous fera enquêter plus soigneusement du côté de l'estomac. Les poumons sont sains, le cœur est sain, le foie et la rate sont normaux, les urines sont normales. Apprenez à bien palper l'abdomen, recherchez le bruit de clapotement, la coprostase, le rein flottant, phénomène névropathique si fréquemment associé à la dyspepsie des herpétiques. Percutez soigneusement l'estomac, en cherchant d'abord au niveau des côtes la limite supérieure de son tympanisme, puis en procédant de bas en haut, du pubis vers l'ombilic pour saisir la différence entre la sonorité intestinale et le bruit stomacal. Faites, si vous y tenez, ou faites faire l'analyse chimique du suc gastrique. Mais rappelez-vous toujours que c'est le système nerveux qui est en cause, et que c'est lui qui vous fournira les meilleures indications diagnostiques, en même temps que les plus précieuses indications thérapeutiques. De système nerveux à estomac, d'estomac à système nerveux, il y a échange de mauvais procédés, cercle vicieux de causes et d'effets. Mais c'est la névropathie qui a commencé ; c'est la névropathie héréditaire qui crée la prédisposition morbide ; c'est un choc nerveux, une perturbation quelconque du système nerveux qui conditionne l'apparition de la maladie ; et celle-ci à son tour devient le point de départ d'accidents nerveux secondaires. »

TRAITEMENT.

La question primordiale est celle du régime alimentaire. Voici comment M. Lancereaux comprend ce régime :

Insistez d'abord pour que votre malade fasse trois repas réguliers, et ne prenne rien, absolument rien, ni aliments ni boissons dans l'intervalle de ses repas.

Pour le repas du matin, recommandez le café au lait ou le thé au lait. A la rigueur, le malade, s'il se lève tard, peut se contenter d'un peu de thé noir léger. S'il se lève tôt, et s'il a faim le matin — souvenez-vous que beaucoup de dyspeptiques ont plus d'appétit à ce premier repas qu'aux autres — il peut prendre une petite croûte de pain, avec du beurre frais, un œuf mollet ou du fromage de Brie. Ne laissez pas manger de viande le matin. A quelques malades qui n'aiment ni les laitages ni les œufs, permettez une assiette de soupe maigre. Défendez à tous le chocolat.

Les deux autres repas se feront à midi et à 7 heures ou 7 heures 1/2. Du moins seront-ils séparés par un intervalle assez long. Recommandez à votre malade qu'il mange lentement, et

qu'il divise bien ses aliments. Regardez ses dents, et s'il les a mauvaises, envoyez-le chez son dentiste. Du reste, qu'il mange à sa faim. Recommandez-lui également d'éviter de boire à longs traits. Non pas qu'il doive suivre le régime sec ; mais il doit entremêler les bouchées et les gorgées, et ne pas se jeter brusquement un grand verre de liquide dans l'estomac. Une petite précaution, qui a son utilité, est de leur faire mettre devant eux à table un verre à Bordeaux au lieu d'un grand verre.

« Pour le choix des aliments, faites-lui deux listes. L'une, des aliments recommandés, dont il doit se nourrir *exclusivement*, dans les premiers temps du moins. L'autre, des aliments interdits. Quant aux aliments qui ne figurent ni sur une liste ni sur l'autre, votre malade pourra plus tard y picorer, quand il ira bien, sans en faire sa nourriture habituelle.

« Vous recommanderez donc les viandes faites, grillées ou rôties, sans sauce, le jambon maigre, la langue fumée, les huîtres, les poissons blancs bouillis au sel ou à la sauce blanche, les œufs frais, le beurre très frais, les légumes verts bien cuits, les pommes de terre bouillies, le riz, les fromages de Brie, de Camembert et de Roquefort.

« Peu de pain, et rien que de la croûte ou du pain grillé. Remplacez communément le pain par des pommes de terre à l'anglaise.

« Comme boisson, donnez de l'eau. Si le malade n'en veut pas, offrez-lui du thé léger, de la bière du Nord, cette petite bière amère et peu alcoolisée qui est vraiment une très bonne boisson. Il peut encore boire, à la rigueur, une bière ordinaire du commerce coupée d'eau alcaline ou de l'eau additionnée d'une très faible quantité de cognac ou de kirsch.

« Défendez absolument le vin. Réservez le lait pour le cas où le malade manquerait totalement d'appétit. Mais s'il a faim, il est inutile de lui empâter la bouche et de lui couper l'appétit avec du lait. Mieux vaut l'eau claire.

« Vous défendrez donc le vin, comme vous avez défendu le chocolat au premier repas.

Cependant, on trouve quelques malades intraitables sur la question du vin. Sachez au moins que le vin de Bourgogne est le pire, et conseillez du Champagne sec, coupé d'eau, ou du vin de la Moselle, si votre malade peut s'en procurer, ou du vin du Rhin, ou un vin léger de Graves. Mais le meilleur vin blanc ne réussit guère. Quant au cidre, c'est également pour les dyspeptiques une détestable boisson.

Vous interdirez en outre la soupe et le bouillon gras, les aliments et les boissons acides, les radis, la salade et les fruits, en un mot les crudités, les viandes jeunes comme le veau et le pigeon, les sardines à l'huile, les poissons gras (hareng, maquereau, anguille, saumon, etc.), les pommes de terre frites, les choux et les choux-fleurs, les sucreries, les biscuits, les oranges, les pruneaux.

« Beaucoup de malades sont avides de fruits. Il faut les leur interdire résolûment. Plus tard, quand ils iront mieux, vous leur permettrez le raisin de vendange bien mûr, les pêches bien mûres, les figues bien mûres. Ce sont les fruits qu'ils supporteront le mieux. Vous leur défendrez la pomme, et surtout la poire, qui, pour ce genre de malades, est le pire des fruits. Un seul quartier de poire suffit pour provoquer des malaises sérieux. Et vous m'avez entendu comparer l'état du dyspeptique qui a mangé de la poire au ballonnement du mouton qui a brouté du trèfle humide. »

En ce qui concerne la partie médicamenteuse du traitement, elle comprend trois parties : l'administration des alcalins, les ferments digestifs, les absorbants.

Les alcalins, sous forme de sel de Vichy, de bicarbonate de soude, doivent être prescrits d'une manière intermittente (15 jours par mois) et avec modération (2 à 3 grammes par jour).

Leur excès augmente la dyspepsie (Hayem). Même dans les dyspepsies hyperchlorhydriques il ne faut pas abuser du bicarbonate de soude.

Contre l'anachlorhydrie, on prescrit soit le bicarbonate de soude, soit l'acide Hcl officinal à 2 pour 100, qui a l'inconvénient de constiper les malades, mais qui facilite admirablement la digestion.

Les eaux gazeuses sont plutôt mauvaises dans tous les cas de dyspepsies nervo-motrices.

A côté des alcalins, la pepsine et la pancréatine doivent être employées pour faciliter et corriger la sécrétion gastrique.

Quant aux absorbants, c'est le charbon de Belloc, la craie préparée et la magnésie calcinée qui constituent les meilleurs médicaments de ce genre. On peut les associer à la pepsine et au bicarbonate de soude.

A côté des moyens médicamenteux, il faut recommander aux dyspeptiques, l'usage de l'hydrothérapie froide, de l'exercice après les repas, du massage stomacal, enfin de l'électrisation galvanique du pneumogastrique, telle que l'a décrite récemment dans le concours, M. le Dr Baraduc.

Dr Paul HUGUENIN.

ANTISEPSIE ET ASEPSIE

L'eau en chirurgie.

Nous avons parlé, dans un précédent article (V. *Concours médical*, n° 16, année 1898), de la nécessité qui semblait s'imposer de simplifier nos méthodes chirurgicales, de revenir à des données plus sages en attribuant moins d'importance à l'accessoire, pour nous attacher surtout au principal.

On peut faire de bonne chirurgie dans un milieu modeste ; on peut en faire de mauvaise dans une salle luxueuse ; mais ici comme là, il est des règles qu'on ne doit pas enfreindre, ce sont celles de l'asepsie.

Aujourd'hui, en effet, c'est à l'asepsie que doivent aller nos préférences, elle seule reconnaît des lois fixes et indiscutées.

L'antisepsie ne comptera bientôt plus que de rares partisans et cela, à cause de son inconstance, à cause de ses insuccès, à cause aussi de ses dangers.

Qu'on relève ce que disait sur ce sujet, le professeur Terrier, dans son discours d'ouverture du Congrès de chirurgie en 1896, on verra combien lui semblent peu assurés les résultats de la foule nombreuse et variée des antiseptiques. S'ils sont faibles, ils ne servent à rien, s'ils sont forts, ils détruisent parfois les microbes et toujours avec eux les cellules, donnant ainsi à l'organisme un

surcroît de travail en le forçant à résorber des éléments dénués de toute vitalité ; le tout, bien entendu, sans préjudice des dangers d'intoxication.

Est-ce à dire que toujours et dans tous les cas nous pouvons nous passer de l'antisepsie ; évidemment non ; mais son rôle doit être de plus en plus restreint et limité.

Nous allons, nous basant sur ces données, passer maintenant en revue quelques-unes des questions de pratique qui intéressent particulièrement le chirurgien.

L'eau en chirurgie.

La question de *l'Eau* est certainement une des plus importantes en chirurgie ; elle sert avant, pendant et après l'opération ; outre le pansement, on l'emploie à la préparation des solutions.

Le malade, le chirurgien, les aides ont tous besoin d'eau ; enfin la majeure partie des praticiens fait usage de l'eau pour stériliser les instruments et les accessoires d'opération.

L'eau employée en chirurgie doit-elle offrir des caractères spéciaux différents de ceux des eaux pures ou considérées comme telles ? — Elle doit être *aseptique*.

Filtration. — La filtration et en particulier la filtration par la bougie de porcelaine de Chamberland, par la bougie de kaolin de Maillé, d'amiante de Javros, donne, lorsqu'elles sont bien entretenues et fréquemment nettoyées une eau « presque stérile » (1), mais qui ne l'est pas absolument.

Cette formule, due à l'un des maîtres en la matière, à M. le professeur Terrier, nous donne la mesure des usages des filtres. Ils peuvent être employés comme adjuvants, comme préparateurs de la stérilisation, mais ils sont incapables de faire à eux seuls et sûrement toute la besogne.

Donc, si nous continuons à conseiller l'usage du filtre quand il s'agit d'eau potable, d'eau propre, nous le proscrivons comme moyen unique employé pour rendre l'eau aseptique.

Heureusement la filtration n'est qu'un acte préparatoire, et on a partout recours à un autre moyen de stérilisation.

Nous aurons, pour notre compte, à revenir sur la filtration dont nous préconisons l'emploi comme complément de la stérilisation de l'eau.

Au début, le filtre n'a d'action que sur les particules solides en suspension dans l'eau, mais il ne peut rien sur la composition même. Faites, en effet, bouillir l'eau préalablement filtrée et, sauf de rares exceptions, vous ne tarderez pas à voir se former une couche de dépôt à la surface du liquide, dû à la précipitation des sels calcaires qu'il tient en dissolution.

Stérile au sens chirurgical du mot, l'eau ainsi traitée n'est pas propre à la vue. Choquant à l'œil, ce dépôt est, de plus, nuisible pour les instruments.

C'est pour ces raisons que nous croyons devoir conseiller l'usage d'un filtre comme complément de l'ébullition.

Ebullition simple.

Il a été fait à ce procédé si pratique destiné à aseptiser l'eau, bon nombre d'objections, les uns trouvant qu'une durée d'une demi-heure suffisait, d'autres trouvant que ce n'était pas assez.

Il en est qui admettent une ébullition « *intelligente* » détruisant les microbes dangereux, laissant vivre les inoffensifs (1) ; d'autres qui, deux heures après le commencement de l'ébullition, trouvent encore des bacilles.

Pour notre part, et en nous basant sur ce qui a lieu tous les jours, nous croyons pouvoir affirmer que la demi-heure d'ébullition suffit.

Où est-il le chirurgien consciencieux, qui aura fait bouillir son eau, ses instruments, ses tampons, ses crins, ses drains, etc., pendant le temps que nous indiquons et qui aura eu un insuccès du fait, prouvé, de l'insuffisance de l'ébullition.

Si, exceptionnellement, on a pu élever quelques doutes basés sur des expériences dont nous sommes loin de contester l'exactitude, nous avons en notre faveur l'épreuve clinique répétée chaque jour et par le plus grand nombre.

Mais l'ébullition offrira, à côté de ses avantages, les inconvénients signalés plus haut : à la surface du liquide nous aurons un dépôt du plus désagréable effet. C'est pour cette raison que nous conseillons de recourir à la filtration, soit en faisant usage du coton hydrophile placé au fond d'un entonnoir, soit au moyen de filtres rapides formés de matériaux peu compacts.

Il est bien entendu que dans ces diverses manipulations, toutes les précautions antiseptiques doivent être prises, afin de ne point contaminer l'eau qu'on vient d'aseptiser.

Une bonne façon d'opérer consiste à faire bouillir, en même temps que le liquide, le bloc filtrant et son tube de caoutchouc ; on sortira ce dernier au moyen d'une pince flambée et le filtre amorcé donnera une eau de la plus grande limpidité.

Ebullition sous pression.

Celle-ci n'est possible à réaliser que dans un service de chirurgie ou si on a une installation complète.

Nous avons fait construire un appareil fort simple qui tend de plus en plus à être adopté dans les hôpitaux, où on a besoin de grandes réserves.

Cet appareil n'est d'ailleurs qu'un autoclave de capacité variable et pour obtenir l'eau stérilisée « *propre* », on a disposé à la partie inférieure un manchon rempli d'amiante qui retient les particules solides que l'ébullition a précipitées.

L'amiante peut être facilement soumise au flambage, nettoyée et replacée quand le besoin s'en fait sentir.

Qu'on mette en communication avec cet appareil des récipients plus ou moins volumineux, quelques-uns pourvus d'une rampe à gaz pour réchauffer l'eau, et on aura un ensemble fort simple et fort commode donnant une sécurité absolue.

(1) De l'Asepsie en chirurgie, par le Pr Terrier. — *Revue de Chirurgie*, 1894-1895, p. 905.

(1) SCHIMMELBUSCH. *L'asepsie en chirurgie*. O. Doin, Paris. « Si l'on fait bouillir l'eau pendant cinq minutes, elle peut être considérée comme suffisamment stérilisée pour les besoins de la chirurgie. Les germes qui résistent au traitement ne sont pas des germes pathogènes devant fixer notre attention ; il peut bien y avoir certaines spores douées d'une vitalité toute spéciale, telles que les spores des bacilles du foin, mais elles n'offrent pas d'intérêt pour le chirurgien. »

Mais si satisfaisante que soit, au point de vue pratique, l'ébullition de l'eau, qu'il s'agisse de l'ébullition simple ou sous pression, il y a des cas, et ils sont nombreux où on est forcé de faire vite, où la vie d'un malade dépend de la prompte intervention. Comment, dans ces cas-là, se procurer l'eau aseptique, l'eau stérilisée.

Récipients trop petits, feu marchant mal, émotion de l'entourage, qui exécute à l'envers tout ce qu'on prescrit. Telles sont les difficultés les plus communes.

Avec intention nous mentionnons ici les accouchements, qui ne forment pas la moindre catégorie des cas auxquels nous faisons allusion.

Stérilisation des eaux par les agents chimiques.— Il ne suffit point de poser la question, il faut la résoudre, et c'est ce que nous allons essayer en examinant un procédé de stérilisation basé sur l'emploi des agents chimiques, bien convaincu qu'avec ses nombreux avantages il ne tardera pas à se généraliser.

Ce procédé est basé sur l'emploi du permanganate de chaux associé au bioxyde de manganèse ; il a été mis en évidence en 1895 par M. Friedel, dans une communication faite à l'Académie des sciences au nom de MM. Girard et Borda, du Laboratoire municipal.

Voici le résumé succinct de cette intéressante communication :

L'eau soumise à l'expérience est additionnée de permanganate de chaux ; il faut une quantité très minime de ce sel pour obtenir le résultat voulu, 20 milligr. environ par litre pour les eaux de source ; 40 millig. pour les eaux de rivière.

En présence des matières organiques, le permanganate se décompose instantanément en les brûlant ; en se décomposant, il met en liberté de la chaux, peu soluble et non nuisible.

Il est important d'avoir une coloration franche, nettement rosée et non pas d'un brun louche ; cela dans le but d'obtenir un peu plus qu'il n'est utile. En effet, tant qu'il y a des matières orgaques, le permanganate est réduit et change de couleur ; c'est seulement quand tout travail d'oxydation est terminé que la teinte rose apparaît.

Disons tout de suite que le permanganate de chaux a, sur le permanganate de potasse, jusqu'ici fort employé, un avantage très grand : il agit beaucoup mieux à froid et produit des effets supérieurs sous un volume très notablement moindre. De plus, avec le permanganate de potasse, c'est de la potasse qui est mise en liberté (nuisible et caustique) avec le permanganate de chaux, c'est de la chaux qui n'a aucune action nuisible, surtout dans d'aussi faibles proportions.

De l'eau dans laquelle on a ajouté du permanganate de chaux, on fait disparaître l'excès de ce corps, au moyen du bioxyde de manganèse soit en grains dans des colonnes filtrantes, soit en bloc formé d'un mélange de charbon et de bioxyde.

Le permanganate de chaux au contact du bioxyde de manganèse se décompose en chaux, oxygène et bioxyde de manganèse. La disposition des blocs en colonnes permet à l'eau de s'écouler et on obtient un liquide limpide et clair dont toutes les matières organiques et les germes sont rigoureusement détruits.

Si, par le procédé de MM. Girard et Bordas nous obtenons une eau rigoureusement stérilisée, nous aurions tort d'en réserver l'emploi aux seuls usages domestiques et pour la boisson, car elle peut nous rendre les plus grands services en chirurgie, en nous permettant d'avoir presque extemporanément un liquide aseptique pour nos lavages, injections, pansements, etc.

Ne demandant pas d'installation spéciale en dehors du bloc de manganèse ; revenant à un prix insignifiant, l'eau ainsi préparée donnera toute satisfaction aux médecins ne pouvant avoir d'appareils plus compliqués, qui, d'ailleurs, n'offriraient pas plus de garanties.

Parler de l'eau potable sort du cadre que nous nous sommes tracé ; mais pour quiconque a visité les installations de filtres à bougies de porcelaine qui fonctionnent dans les casernes, il sera désormais évident que le procédé au permanganate de chaux rendrait de bien plus grands services.

Une bougie encrassée, une fissure peuvent laisser passer les germes pathogènes, tandis que la décoloration nécessaire pour compléter l'opération dans le procédé que nous venons de décrire donne la preuve de son efficacité.

A côté des résultats fournis par les examens bactériologiques, il est une expérience facile à réaliser qui, à notre avis, est fort démonstrative.

Ajoutant à l'eau une certaine quantité d'un alcaloïde, tel que le sulfate de quinine, de strychnine, etc., jusqu'à ce que la saveur soit nettement amère, on procède ensuite comme s'il s'agissait d'une eau ordinaire. Or, l'eau obtenue par filtration à travers le bloc de bioxyde de manganèse, outre qu'elle est claire et limpide, a, de plus, perdu toute amertume.

Si le permanganate et le bioxyde de manganèse associés, agissent ainsi sur les alcaloïdes (matières organiques) il est évident qu'ils se comportent de même à l'égard des organismes vivants ou des matières organiques en suspension dans l'eau.

Tout ce que nous venons de dire est applicable à l'eau traitée à froid, mais il est bien certain que l'eau chaude peut être traitée dans les mêmes conditions.

Chaque fois donc que pour une raison quelconque nous aurons lieu de douter de la stérilisation de notre liquide, soit par suite de la non ébullition, soit par suite de l'insuffisance de l'ébullition, il est indiqué de parachever l'opération en ajoutant à l'eau une quantité de permanganate de chaux suffisante pour donner au liquide une teinte rose foncée bien franche et de procéder ensuite à la filtration.

Eau permanganatée considérée comme antiseptique.

L'action des antiseptiques sur la matière organisée n'est pas la même quand il s'agit du sublimé par exemple, dont l'usage est le plus répandu et quand il s'agit de permanganate.

D'abord un premier avantage en faveur du permanganate de chaux c'est sa coloration qui permet de surveiller les effets et de graduer la puissance. L'action aussi est différente.

Tandis que le sublimé tue les germes en les coagulant, le permanganate les brûle en les oxydant ; avec le bichlorure il reste un cadavre dont l'organisme a quelque peine à se débarrasser ;

avec le permanganate, la matière organique est anéantie, dissoute en quelque sorte, il en reste à peine une trace !

Nombreux sont les usages auxquels cette solution permanganatée peut servir.

Lavage des mains. — D'abord au lavage des mains, on peut sans inconvénient utiliser une solution à 1/2000 et même 1/3000. Les mains doivent être au préalable bien savonnées à l'eau chaude; on trouve partout des cristaux de soude qui font partie des objets de ménage, c'est une très utile précaution d'en ajouter un peu à l'eau dans laquelle on se lave les mains.

Dans la solution permanganatée la peau prend (quand elle est débarrassée de tout enduit graisseux) une teinte brune d'un ton uniforme. On saura si on a les mains propres en constatant qu'elles sont teintes, sans vides ni petits îlots épargnés par le liquide.

On peut opérer avec les mains ainsi colorées, mais on préférera souvent ramener la peau à sa couleur normale, pour cela il suffit de faire usage d'une solution dont voici la formule :

Solution saturée de bisulfite de soude........................	75 gr.
Acide chlorhydrique...........	V gttes
Eau..........................	1000 gr.

Accouchement. — C'est surtout dans la campagne et dans la petite clientèle des villes, que l'usage d'une eau dont on est sûr est indispensable. En se rappelant ce que nous avons dit plus haut, on peut sans crainte, faire usage de l'eau permanganatée qu'il y ait eu, au préalable, ébullition ou non.

M. le docteur Boissard, accoucheur des hôpitaux, a fait sur l'emploi du permanganate de chaux en obstétrique des essais fort intéressants (dans son service de l'Hôtel-Dieu annexe).

Personnellement et dans tous les accouchements que nous avons eu à pratiquer, nous avons employé le permanganate de chaux sans avoir jamais eu un seul accident.

C'est encore la solution permanganatée qui nous sert aux injections vaginales et même intra-utérines qui suivent l'accouchement.

Appelé parfois en consultation auprès de malades récemment accouchées, nous avons vu la température baisser rapidement à la suite des injections au permanganate, dont la solution peut être employée à un titre très élevé sans le moindre inconvénient, ce qui n'est pas le cas avec le sublimé ou les autres antiseptiques.

Autres usages. — Signalons encore, pour être complet, l'emploi qui peut être fait pour l'ophtalmie purulente des grands lavages à la solution de permanganate de chaux à 1/3000 suivant la méthode du docteur Kalt, médecin des Quinze-Vingts.

Contre la blennorrhagie, cet agent donne des résultats au moins aussi satisfaisants que le permanganate de potasse.

Enfin les bains de pieds pris matin et soir, pendant quelques jours, avec un liquide permanganaté font rapidement disparaître les bromhidroses ou sueurs fétides, qui sont non seulement une souffrance pour celui qui en est atteint, mais encore une gêne pour l'entourage.

Par cet exposé forcément succinct, on se rendra compte de l'utilité d'un corps qui, par son emploi facile et sans danger, donne au praticien le moyen d'avoir à sa disposition et rapidement, soit une eau stérilisée, soit une eau antiseptique. C'est à ces titres divers que nous avons cru bon d'essayer la vulgarisation du permanganate de chaux qui peut ainsi prendre rang dans le *matériel de campagne* auquel nous faisions allusion dans l'article paru récemment dans ce journal.

Dr Charles Levassort.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat médical du Loiret.
(Suite et fin).

Certificats aux mineurs employés dans l'industrie

Le Syndicat médical du Loiret émet le vœu que, pour les certificats délivrés aux mineurs, employés dans l'industrie, il soit alloué par l'Administration, au médecin certificateur, une indemnité de 2 fr. pour les certificats simples et de 5 fr. pour les certificats contradictoires.

Association amicale.

M. Gassot, secrétaire, fait à l'Assemblée, la communication suivante :

Messieurs,

L'Association amicale des Médecins français pour la délivrance de l'indemnité maladie, à laquelle vous avez accordé votre patronage officiel, date actuellement de 3 années et demie.

Au 30 juin 1897, elle comptait 442 membres et possédait une réserve de 59.778 fr. 53, ainsi qu'il appert de l'examen du livre de caisse.

Elle a distribué pour l'indemnité :

En 1894, année de sa fondation..........	370 f »
En 1895..................................	3.400 »
En 1896..................................	10.003 25
En 1897 (2 premiers trimestres)..........	4.089 95
Total..............	17.863 20

Le taux de l'indemnité est, vous le savez, de 10 fr. par jour pendant les 60 premiers jours de la maladie, et ensuite de 100 fr. par mois, quelle qu'en soit la durée.

J'ajouterai, et cela vous fera mieux apprécier l'importance des services rendus, que tel membre de l'association a reçu plus de 1.800 fr., tel autre près de 2.400 fr. Ces confrères avaient fait œuvre de prévoyance en s'agrégeant à l'Association amicale, et vous pouvez voir qu'ils avaient eu grandement raison, puisque, empêchés d'exercer leur profession, ils se trouvaient privés de leurs ressources habituelles.

L'Assemblée Générale prend acte de cette communication et renouvelle à l'*Association amicale des médecins français* le témoignage de son entière sympathie.

Vice-Président. — Bureau.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un Vice-Président pour l'année 1897-1898.

Il est procédé à cette opération, qui donne les résultats suivants :

Nombre des suffrages uxprimés.......	45
Majorité absolue......................	23

Ont obtenu :

MM. Geffrier, d'Orléans...............	21 voix
Beaurieux, d'Orléans............	15 —
Chaignot, d'Orléans,.............	7 —
Chilpault, d'Orléans............	1 —
Mounier de la Ferté-Saint-Aubin	1 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majo-

rité des suffrages, un second tour de scrutin est nécessaire,

MM. Beaurieux et Chaignot remercient ceux de leurs confrères qui leur ont donné leurs suffrages, mais déclarent n'être pas candidats. Par acclamations, M. le docteur Geffrier, d'Orléans, est nommé Vice-Président pour l'année 1897-1898.

En vertu de l'article 11 des statuts, M. le docteur Morand, de Pithiviers, devient Président du Syndicat pour l'année 1897-1898. Le Bureau du Syndicat, pour cette année, se trouve ainsi constitué :

Président : M. le docteur Morand, de Pithiviers.
Vice-Président : M. le docteur Geffrier, d'Orléans.
Secrétaire-Trésorier : M. le docteur Gassot, de Chevilly.

M. Gassot remet à M. HalmaGrand, Président sortant, la médaille commémorative de sa Présidence, et lui adresse les paroles suivantes :

Mon cher Président,

Dans la famille HalmaGrand, les sentiments de dignité professionnelle et de bonne confraternité sont de tradition.

Aussi, lorsque nous avons fondé notre Syndicat, avons-vous offert à ton père la première présidence, et lorsqu'après avoir honoré nos doyens, nous sommes passés à une génération plus jeune, est-ce à toi que nous avons immédiatement pensé. (*Applaudissements.*)

Et te remettant la médaille commémorative de la pr sidence, je t'adresse, au nom de tous, nos biens affecl ueux remerciements. (*Triple salve d'applaudissements.*)

L'ordre au jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, A. Gassot. — *Le Président*, HalmaGrand.

REPORTAGE MÉDICAL

L'affaire Heim-Blanchard. — Elle ressuscite, mais en changeant de terrain et en passant sur celui de la polémique de personnalité à personnalité, c'est-à-dire qu'elle a perdu le caractère d'intérêt général qui lui avait ouvert l'entrée de nos colonnes. Nous nous contenterons de souhaiter que ces guerres intestines ne se prolongent pas dans notre Faculté : la science et le prestige médical n'ont rien à gagner à ces échanges de horions devant une galerie enchantée de marquer les coups.

Académie de médecine.— M. le Dr Grasset (de Montpellier) et M. le Dr Pitres (de Bordeaux) viennent d'être élus associés nationaux de l'Académie de médecine.

Concours divers. — Un concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin suppléant de l'hôpital civil français de Tunis, s'ouvrira le 31 mai à Tunis, devant un jury composé de trois professeurs ou agrégés,désignés par le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du gouvernement tunisien, à Tunis.

— Un concours pour l'internat de l'Asile national de Vincennes s'ouvrira le jeudi 2 juin,à 9 heures du matin, au ministère de l'intérieur. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'asile national de Vincennes.

La lutte contre l'alcoolisme. — M. le général Galliéni, gouverneur de Madagascar, est acquis à la ligue contre l'alcoolisme, et a profité de ses pouvoirs exceptionnels pour prendre l'arrêté suivant :

Le général...

Considérant qu'à la faveur du nombre toujours croissant des cafés et des débits de boissons, l'alcoolisme fait des progrès inquiétants dans la population indigène et menace gravement la santé et le bon ordre publics :

Arrête :

Art. I. — Nul ne peut vendre au détail des boissons alcooliques, quelles qu'elles soient, à consommer sur place, s'il n'est muni d'une autorisation, appelée licence, émanant des autorités locales.

Art. II. — Le postulant fera une déclaration écrite conformément aux prescriptions de l'arrêté du 5 mai 1896.

Lorsque cette autorisation aura été visée par le Procureur de la République, près le tribunal du lieu, la licence pourra être accordée, et l'établissement ouvert.

Art. III. — La licence n'est valable que pour un seul débit ou café. Elle est toujours révocable, sans restitution de la somme versée pour l'obtenir.

Art. IV. — Les restaurateurs, hôteliers et aubergistes, peuvent cumuler avec leur commerce, soit dans le même local, soit dans des locaux communiquants, la vente au détail des boissons alcooliques. Ce cumul est interdit avec tout autre genre de commerce.

Art. V. — Les débitants autorisés devront tenir leurs débits par eux-mêmes ou par des gérants autorisés après enquête.

L'autorisation de gérer ne sera en aucun cas accordée à des indigènes.

Art. VI. — Les infractions aux dispositions qui précèdent seront punies d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de 8 jours à 6 mois, ou de l'une de ces deux peines seulement ; en cas de récidive, l'amende sera portée au double et le maximum de l'emprisonnement sera prononcé.

Accessoirement, les infractions aux articles 4 et 5 entraîneront le retrait de la licence, qui ne pourra être de nouveau accordée aux contrevenants qu'après un délai d'un an. S'il y a récidive, il ne pourra plus jamais être accordé de licence.

Art. VII. — Les jugements rendus en exécution du présent arrêté seront affichés et publiés au Journal officiel de Madagascar et dépendances.

Art. VIII. — Le prix de la licence est fixé à la somme annuelle de six cents francs pour Tananarive, Hell-Ville, Antsirane, Majunga et Fianarantsoa, et à celle de trois cents francs pour toutes les autres localités.

La taxe de la licence est payable par trimestre et d'avance ; le recouvrement en est poursuivi comme l'impôt des patentes.

Les débitants de boissons ne pourront obtenir la délivrance de la patente qu'en présentant leur licence.

Il ne nous reste qu'à formuler un vœu, c'est que grâce à l'énergie de son gouverneur, Madagascar soit une île peu à peu complètement désinfectée de son alcool. La prohibition totale est un but à poursuivre sans trêve, ni merci dans nos colonies. La poudre et la maladie font assez de désastres pour qu'on n'y joigne pas ceux de l'alcool.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4273. — M. le docteur Grenet, de Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise), présenté par M. le docteur Rousseau, de Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Chauvel, de Quimper (Finistère), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année N° 22 28 Mai 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les futurs honoraires pour soins à l'hôpital.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a entendu nos vœux réitérés au sujet des abus de l'hospitalisation. Il est permis d'espérer, surtout après la nomination de M. le Dr Napias aux fonctions de Directeur, que, bientôt, la gratuité du séjour et des soins à l'hôpital sera le privilège exclusif des pauvres de Paris.

Nos efforts sur ce point auront donc abouti : quiconque ayant été admis, pourra payer, sera dans l'obligation d'honorer.... l'Administration.

Mais serons-nous aussi heureux, quand nous demandons (toujours avec le Conseil supérieur) que ce *quiconque* honore également le médecin d'hôpital qui lui aura donné ses soins ?

Nous entrevoyons là quelques difficultés qu'il faudra pourtant surmonter.

C'est d'abord la routine à vaincre, la légende à démolir. Même après le jugement du tribunal de Murat, songe-t-on à payer le médecin qui vous traite à l'hôpital !

Puis, les chefs de service, qui vont être obligés de réclamer leur dû, sont des médecins arrivés, riches, parfois soucieux de la réputation plus que de l'argent. N'oublieront-ils pas qu'ils ont le devoir d'être fermes, à cheval sur le principe, par esprit de solidarité, et en vue d'obtenir tout le bénéfice de la réforme projetée ? Tant de fois, nous trouvâmes nos pires adversaires dans nos rangs, que nous conservons quelques inquiétudes.

Mais surtout, on nous a dit que c'est l'Administration qui serait chargée de percevoir les honoraires des médecins. Or, il faudra fixer ceux-ci d'après un tarif, pour éviter contestations et procès en chaque cas particulier.

Eh bien ! ce tarif sera gros de conséquences pour nous, s'il n'est pas établi avec beaucoup de prévoyance. Les tribunaux nous l'opposeront bravement pour chaque litige en clientèle, et, s'il est trop bas, il consacrera l'avilissement général de nos honoraires. Comment oserions-nous, en effet, nous, simples praticiens, taxer nos soins à un prix plus élevé que ceux des Maîtres ?

Ainsi le but poursuivi est bon à atteindre et la campagne à continuer activement.

Mais nous recommandons la circonspection dans le choix des moyens, car il y a des écueils à éviter.

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La syphilis de l'estomac.

M. *Dieulafoy* a fait à l'Académie une communication dont voici les principales conclusions :

La syphilis gastrique n'est pas exceptionnelle ; elle se présente sous les aspects suivants :

Erosions hémorragiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

Ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé.

Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex : douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses, melœna, amaigrissement cachectique.

Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale.

Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint de symptômes de l'ulcus simplex ou de l'exulceratio simplex.

En pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

La notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître, qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

Contagion tardive de la rougeole.

M. *Lemoine* ayant rapporté à la Société médicale des Hôpitaux, une observation de contagion de rougeole au vingtième jour, et croyant pouvoir en tirer cette conclusion que le germe morbilleux peut rester virulent beaucoup plus longtemps qu'on ne le dit, M. *Sevestre* a affirmé qu'il ne croit pas à cette longue durée de virulence du germe morbilleux ; jamais, dans les hôpitaux d'enfants, on n'observe de cas semblables de contagion tardive ; on doit considérer pratiquement que celle-ci n'a pas lieu, et il est inutile de prendre des mesures préventives destinées à l'éviter.

Traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées.

D'après M. le Dr André *Testevuide*, de Paris, la gangrène gazeuse ou septicémie gangréneuse est une complication assez fréquente, dans les fractures ouvertes.

Il faut surtout la redouter, ainsi que le tétanos, lorsque les fragments, issus au travers de la plaie, ont été souillés par de la terre, de la poussière ou des détritus d'animaux.

Les deux affections : gangrène gazeuse et tétanos peuvent, d'ailleurs, avoir une évolution simultanée ou successive.

Le traitement doit être institué sans retard et deux méthodes s'offrent au chirurgien :

1° amputation ou désarticulation ;

2° traitement conservateur par de larges incisions et un pansement sec iodoformé, empêchant l'accès de l'air dans les plaies.

L'amputation ou la désarticulation restent les traitements qui seront le plus souvent indiqués.

L'état général grave, l'exaltation nerveuse ou la dépression profonde, l'âge, la débilité, l'étendue à tout un membre réclament ce moyen radical.

Le traitement par les incisions larges et multiples pourra être tenté, lorsque l'extension de la gangrène est moindre et surtout lorsque le sujet jeune et vigoureux se présente avec un bon état général et avec un état moral satisfaisant. Mais il nécessitera une surveillance de tous les instants et l'amputation lui sera substituée à la moindre tendance à l'envahissement.

L'amputation ne peut évidemment pas être mise en pratique lorsque l'infection a envahi le thorax et l'abdomen.

L'emploi du salicylate de méthyle dans la colique hépatique.

M. le Dr *Chambard-Hénon* a appliqué avec succès le salicylate de méthyle à l'extérieur, dans plusieurs cas de coliques hépatiques. Voici la meilleure méthode à employer selon cet auteur :

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et dès que la région de la vésicule est un peu douloureuse ;

2° On peut, sans inconvénient, appliquer des doses de 6 à 8 grammes en 24 heures. On badigeonne et l'on applique par dessus une large feuille de gutta-percha laminée ;

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application; il est très marqué au bout d'une heure ;

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine ; le salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades comme le salicylate de soude ;

5° Les cas observés et traités par l'auteur lui paraissent encourageants ; il se propose donc d'appliquer cette méthode de préférence au salicylate de soude, sauf, en cas d'insuccès, à revenir au vieux traitement (piqûre de morphine, chloral, inhalations de chloroforme).

Dangers de la dissémination des crachats secs des tuberculeux.

M. *Cornet*, pour prouver les dangers énormes que provoque la dissémination des poussières de crachats tuberculeux, a exécuté les expériences suivantes : dans une salle de l'office de santé de Berlin, il fit recouvrir le plancher d'un tapis ; sur ce tapis, il fit répandre des crachats provenant d'un tuberculeux avancé, mais non dans une poussée aiguë, crachats recueillis entre 8 et 10 heures du matin ; on y ajouta de la poussière et on laissa le tout sécher pendant deux jours.

Puis, on introduisit des cobayes dans la pièce. Les uns furent laissés à terre ; les autres furent placés sur des planches à diverses hauteurs : 7, 40, 120 centimètres. Puis le tapis fut balayé à l'aide d'un balai rude, de manière à mettre les poussières en mouvement. Enfin, d'autres cobayes furent soumis à l'inhalation directe de l'air chargé des poussières. En résumé, sur 48 cobayes, 46 furent infectés, ce qui rend manifeste le danger de la dissémination des crachats desséchés.

M. Cornet, pour se livrer à ces expériences, s'était recouvert d'une longue blouse descendant jusqu'aux pieds ; il s'était recouvert la tête d'un capuchon ; un masque d'ouate, muni de deux orifices fermés par des verres, lui couvrait le visage tout en lui permettant de voir. Les expériences faites, il recueillit son mucus nasal et l'inocula à des cobayes, dont l'un devint tuberculeux.

Ainsi, malgré toutes les précautions précédentes, les agents infectieux avaient pu pénétrer jusqu'à la muqueuse des fosses nasales de l'expérimentateur.

Le tubage du larynx dans le croup en clientèle privée.

« A l'heure actuelle, dit M. le Dr Poliewktow, de Moscou, (traduction in *Annales de Médecine et*

de Chirurgie infantiles), trois agents thérapeutiques essentiels constituent le traitement du croup : le sérum antidiphtérique, la chambre de vapeurs et, en cas de nécessité, l'intervention opératoire. Cette dernière consistera essentiellement dans l'intubation, vu la rareté des indications de la trachéotomie, car là où le tubage échoue, il est rare que le petit malade puisse être sauvé par la trachéotomie. Les trois moyens thérapeutiques en question sont parfaitement réalisables en clientèle privée : rien de plus simple que de pratiquer une injection du sérum et d'installer une chambre de vapeurs. Tous les inconvénients du traitement du croup à domicile se trouvent donc réduits à la présence d'un médecin expert dans la pratique de l'intubation et d'un aide connaissant également cette opération, qui puissent pratiquer le tubage et consacrer plusieurs heures au petit malade, puisqu'il est nécessaire de l'observer pendant quelque temps, afin de voir s'il supporte bien son tube dans le larynx. Cependant le médecin, pour pratiquer le tubage, peut parfois se passer d'un aide spécial ; d'autres fois, il peut sans crainte, pendant un certain laps de temps, confier le petit malade aux soins seuls de sa famille, sans surveillance médicale. C'est d'ailleurs la nécessité d'avoir près du malade un médecin en permanence qui, pour les adversaires du tubage, constituait l'inconvénient principal de cette méthode et, en outre, empêchait son application à la pratique privée.

La présence du médecin était exigée soit en prévision de la nécessité d'une réintubation immédiate consécutive à l'auto-extubation (dans un effort de toux ou effectué par l'enfant indocile tirant sur le fil de sûreté qu'on laissait en place), soit en prévision d'une extraction urgente du tube lors de l'obstruction brusque par des fausses membranes ou des mucosités.

On n'est cependant plus dans les mêmes conditions aujourd'hui. L'emploi des nouveaux tubes laryngés perfectionnés (Bayeux, *note sur un perfectionnement des tubes courts*, Journal de Clin. et Thérap. infantiles, 1896, n° 46) a, d'une part, notablement diminué les chances de l'auto-extubation dans un effort de toux ; d'autre part, la suppression du fil de sûreté enlève à l'enfant la possibilité de retirer son tube, à l'aide de ce fil. En effet, auparavant on laissait le fil de sûreté en place, fixant son extrémité libre à la joue de l'enfant, afin de rendre l'extraction plus facile et plus rapide et afin d'empêcher la déglutition du tube. Actuellement, on enlève, par contre, le fil aussitôt que le tube est bien en place dans le larynx. Depuis l'emploi des tubes courts français, l'extraction se fait suivant le procédé d'énucléation proposé également par Bayeux en 1895 ; dès lors, pour enlever un tube du larynx, plus n'est besoin d'extracteur, ni de fil.

La prophylaxie de l'obstruction brusque consiste dans l'inhalation des vapeurs et dans l'administration des boissons chaudes.

Quant à la nécessité de la réintubation immédiate, l'observation clinique démontre que le développement de la sténose laryngée dans le croup se fait le plus souvent d'une façon progressive.

En outre, procédant de bonne heure à l'intubation (l'innocuité de l'opération y autorise), avant l'apparition des troubles fonctionnels dus à l'asphyxie, l'auto-extubation présente des dangers moindres : en effet l'enfant, n'étant point fatigué et épuisé par un tirage antérieur, garde assez de forces pour pouvoir, lors du développement d'une nouvelle sténose laryngée, attendre pendant quelques heures l'arrivée du médecin.

Enfin, chez des enfants très jeunes, au-dessous d'un an, atteints de croup, chez lesquels la trachéotomie, vu sa difficulté opératoire et le peu de résistance des enfants de cet âge, devient presque toujours fatale, c'est le tubage qui est indiqué tant à l'hôpital qu'en clientèle privée.

Quant à la conduite à tenir lors d'un tubage en clientèle privée, l'auteur la résume de la façon suivante :

Dès le début, pratiquer l'injection d'une quantité suffisante de sérum ; en moyenne de 30 cm. c. en trois injections pendant les premières 48 heures, l'observation clinique ayant démontré à l'auteur qu'au-dessous de 30 cm. c. (du sérum de l'institut bactér. de Moscou) l'action du sérum n'était pas assez efficace sur un croup en plein développement.

Placer l'enfant dans une atmosphère chargée de vapeur d'eau.

Laisser le tube en place au moins pendant 48 heures — durée classique du tubage depuis la sérothérapie, sans faire des tentatives inutiles de détubage plus précoce.

Laisser absolument tranquilles les enfants nerveux et irritables, dont l'irritabilité se trouve exagérée du fait même de la diphthérie, sans les tourmenter par des lavages et des examens répétés de la gorge.

Assurer l'alimentation régulière des petits malades.

Tâcher de les laisser le moins longtemps possible sans surveillance médicale.

L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes.

D'un rapport lu à l'Académie, sur les effets de l'acétate de thallium préconisé contre les sueurs nocturnes des phthisiques, par M. le Dr *Combemale*, de Lille, M. Huchard conclut que ce médicament est certainement un antisudoral énergique ; mais, comme il détermine une alopécie rapide, à ce point qu'un malade devint complètement chauve après l'administration d'une dizaine de pilules, l'acétate de thallium ne doit pas prendre place dans la thérapeutique antisudorale.

Traitement des angiomes des enfants.

Plusieurs méthodes de traitement ont été préconisées contre les *envies* (angiomes) des enfants : la vaccination, la cautérisation galvanique, l'électrolyse. M. *Michaïlow*, de Moscou, recommande l'électrolyse associée à l'ignipuncture :

Sur 40 enfants soumis à cette méthode, quinze sont complètement guéris et vingt-cinq sont encore en traitement.

Chez huit enfants, ce traitement a été abandonné. Tous les enfants étaient âgés de moins d'un an. Les angiomes siégeaient, chez les enfants guéris, dans 7 cas au front, dans un cas au sommet de la tête, dans un cas aux tempes, dans un cas au nez et dans deux cas aux lèvres. M. Michaïlow s'était servi de la batterie galvanique

de Hirschmann à 30 éléments de Daniell ; on appliquait l'électrode négatif sur la poitrine, et l'on introduisait l'électrode positif, consistant dans une aiguille en platine, rendue préalablement incandescente, dans la tumeur. L'intensité du courant variait de 8 à 20 M. A. On laissait l'aiguille en place pendant 5 à 10 minutes. Le nombre de séances était de 4 à 5, avec des intervalles de 8 à 15 jours ; à chacune, on pratiquait plusieurs piqûres. Cette opération est très pénible ; elle est surtout très douloureuse lorsque l'aiguille est fixée au pôle négatif; la durée de la piqûre dans ces conditions ne doit pas dépasser 2 à 3 minutes. Dans aucun cas, on n'a noté de suites fâcheuses quelconques. — Dans deux cas, l'application de l'électrolyse n'a pas donné de succès : il s'agit là d'angiomes mixtes, très étendus, et qui, en outre, se trouvent compris dans l'épaisseur des tissus sous-cutanés, ce qui paraît entraver l'action rapide de l'électrolyse.

FAITS CLINIQUES

Des môles

La môle est une masse *hydatique* ou *charnue*. Dans la forme hydatique on ne rencontre pas de trace d'embryon, tandis que dans la plupart des môles charnues, il existe une cavité contenant soit un embryon entier, soit quelque vestige de cordon ombilical.

L'étiologie et le mécanisme de la formation des môles sont toujours obscurs il y a sur ce chapitre l'opinion allemande et l'opinion française. Les sujets d'observation ne manquent pourtant pas, car les faux germes sont très communs et il est très fréquent de voir des femmes qui ont des retards, qui se croient enceintes, expulser au bout de six semaines, deux ou trois mois de retard, une petite môle généralement hydatique. Les môles de quatre ou cinq mois et plus sont rares.

On admet, en général, que la môle se produit à la suite d'une grossesse d'abord vraie, c'est-à dire qu'il y a eu fécondation et développement d'un œuf, puis qu'après quelques semaines l'embryon meurt et se trouve englobé dans le placenta qui continue de s'accroître en subissant la formation hydatique ou charnue, dont la masse présente une surface lisse recouverte plus ou moins complètement de la caduque réfléchie.

Quoi qu'il en soit, on observe d'abord la suppression des règles, le grossissement progressif du ventre, l'engorgement sympathique des seins, etc. La femme croit à une grossesse et on y croit jusqu'au cinquième mois, époque à laquelle manquent alors les signes habituels et certains d'une grossesse normale. (Voir obs. I.)

Lorsque la môle est due à la rétention des règles, le ventre augmente par saccades à chaque période menstruelle.

Dans tous les cas, d'après le Dictionnaire de Jaccoud, « la môle est due à la dégénérescence de l'œuf sous l'aspect d'une masse plus ou moins volumineuse, constituée par des vésicules cristallines de forme et de grandeur variables. Ces vésicules sont reliées entre elles par des filaments très fins formant un réseau inextricable de grappes. Tantôt cette masse vésiculeuse est entièrement entourée d'une, membrane, d'un tissu rouge et spongieux qui n'est autre chose que la caduque; d'autres fois, on ne rencontre à sa surface que des fragments plus ou moins larges de cette membrane, dont une partie est restée adhérente aux parois utérines. L'intégrité de la caduque est d'autant plus grande, que l'expulsion a eu lieu à une époque moins avancée de la grossesse, et il est extrêmement rare qu'après le quatrième mois, l'enveloppe qu'elle forme autour de la môle soit encore complète... La masse cérébrale rappelle le tissu placentaire... »

Parmi les môles nombreuses que nous avons observées, nous citerons les deux observations suivantes, la deuxième nous paraissant surtout avoir un intérêt particulier.

Obs. I — *Môle hydatique*. — Mme C..., à Ivry, est âgée de 21 ans. Cette femme est d'une faible constitution. — Elle a toujours été mal réglée et ses règles sont hémorrhagiques, la plupart du temps. — Elle est mariée depuis six mois. Le 17 janvier 1879, elle nous fait appeler pour des pertes de sang.

Elle n'a pas vu ses règles depuis cinq mois, et se dit enceinte d'environ quatre mois ; elle en a eu les signes probables.

L'abdomen, en outre, a bien le volume d'une grossesse de quatre mois. L'utérus est gravide, le col légèrement entr'ouvert. On perçoit un peu de souffle.

On craint une fausse couche et on prescrit les soins nécessaires pour l'éviter.

Le sang s'arrête.

Le 25 janvier, nous sommes appelé en hâte dès le matin. La femme C... perdait énormément et était prise de douleur et de contractions utérines, qui nous annonçaient une fausse couche prochaine.

A 11 h. du matin, accouchement d'une énorme masse organisée, du volume d'une *grosse* tête d'enfant.

Les douleurs cessent, l'utérus revient sur lui-même et les accidents disparaissent.

Aucune trace d'œuf, de fœtus, de cordon, de placenta quelconque.

La sphère expulsée rappelait, dans son intérieur, le tissu placentaire.

Obs. II. — *Môle hydatique*. — Le 10 août 1894, nous avons visité Madame L..., à Ivry.

Cette dame est âgée de 44 ans. Elle a eu une grossesse, il y a douze ans et l'accouchement s'est bien passé. Règles normales jusqu'en 1890.

A partir de cette époque, la durée des règles est prolongée et elles sont hémorrhagiques.

Depuis 1892, les règles sont irrégulières et apparaissent environ tous les quinze jours. Dans le courant de 1893, elle ressent des douleurs à l'aine gauche et dans la jambe gauche avec, dit-elle, de l'engorgement ganglionnaire.

En février 1894, elle fait une chute du haut d'une chaise et depuis, elle a des douleurs constantes dans les reins, les jambes et des pesanteurs dans le bas-ventre. — Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Au mois de juin 1894, les mêmes douleurs persistent et elle perd des eaux louches avec quelques débris membraneux.

Vers la fin de juillet dernier, elle a perdu des eaux pendant trois jours, puis un *morceau*

est tombé dans le vase en urinant. On a jeté le tout, sans l'avoir montré au médecin. Des métrorrhagies se sont produites depuis cette expulsion.

Nous la trouvons pâle, anémiée, avec un ventre un peu développé.

A l'examen, on sent un utérus du volume d'une tête d'enfant à terme, dur. Le col est fermé, peu déchiré. — On trouve une bride cicatricielle transversale dans le cul-de-sac latéral gauche.

Après quelques jours de soins, nous pensons à un fibrome.

La malade se plaint toujours de douleurs dans les reins. Peu à peu le col se dilate et s'entr'ouvre et vers le 10 août nous sentons dans l'orifice du col comme des fongosités.

Le sang qui s'écoule n'est plus rouge, mais noir, l'engorgement ganglionnaire à l'aine gauche est notable.

Malgré l'absence de mauvaise odeur, nous pensons alors à une tumeur maligne carcinomateuse.

Le 11 août, nous examinons la malade au spéculum. Il sort du vagin, puis de l'utérus plusieurs morceaux putrilagineux du volume d'une noix à celui d'un œuf, sans mauvaise odeur, et semblables à des débris placentaires.

L'induration ganglionnaire de l'aine gauche et les douleurs des reins persistent.

De plus en plus perplexe et dérouté au sujet du diagnostic, nous voyons le 23 août la malade avec notre confrère le docteur Damalix, de Charenton. Nous examinons au spéculum, mais le même écoulement de débris putrides se produit et empêche l'examen.

Mon confrère n'a jamais vu, dit-il, un cas semblable et pense à une môle. Il emporte une partie des débris expulsés et les fait examiner au Laboratoire de l'Ecole d'Alfort par M. Nocard. L'examen histologique ne donne aucun résultat positif et on ne trouve aucune villosité placentaire.

Est-ce une môle hydatique ? un fibrome détaché, tombé en déliquescence ? On penche plutôt pour cette dernière hypothèse.

L'examen microscopique n'a pas décelé, il est vrai, de cellules spéciales de nature cancéreuse ou autre, mais cela n'empêche point de craindre un carcinome dans la suite.

Le 25 août, expulsion d'un corps blanchâtre, dur, du volume d'un œuf de poule. Envoyé au Laboratoire : rien de spécifique à l'examen.

Le 27, la malade ne perd plus de débris, ni de liquide sanguinolent, mais un liquide *purulent*. N'a plus de douleurs de reins.

28. — Perd peu.

29, 30. — Ecoulement d'un pus jaunâtre, épais. Le volume de l'utérus a considérablement diminué.

Le 6 septembre, retour des métrorrhagies, des douleurs de reins qui sont peu accentuées avec augmentation de volume de l'utérus.

11. — Adénite inguinale gauche très douloureuse. Il n'y a plus d'hémorrhagie. La malade est moins pâle, l'appétit reprend, les forces reviennent. La malade se lève un peu.

16. — L'utérus est revenu à son état normal, malgré la perte de quelques glaires sanguinolentes, qui se produit encore depuis l'amélioration des accidents.

L'engorgement ganglionnaire et l'empâtement de l'aine gauche est très douloureux. Depuis le début des accidents, il y a bien eu un peu de douleur à l'aine droite, mais non comparable à celle de l'aine gauche comme intensité.

23. — Le gonflement ganglionnaire persiste. Un peu de rougeur en un point limité, un peu de fluctuation en ce point. Le 24, la jambe et la cuisse du côté gauche ont été envahies jusqu'au pied par une rougeur (probablement de lymphangite) dont il reste aujourd'hui quelques traces au niveau de la malléole interne. Un peu de gonflement du mollet et du pied gauche.

4 octobre. — L'empâtement de l'aine a diminué : il reste une grosseur du volume d'une amande, rouge et fluctuante. Aucune hémorrhagie, plus d'écoulement. Bon état général.

L'adénite s'ouvre spontanément. Issue d'une petite quantité de pus rougeâtre.

Novembre. — Les règles apparaissent au commencement de novembre et au commencement de décembre, normalement, sans caillots.

Bonne santé, mais œdème des malléoles le soir, et névralgies diverses. La malade a repris ses occupations habituelles.

L'ouverture de l'adénite reste fistuleuse.

Décembre. — A la fin de décembre 1894, l'adénite gauche persiste, mais elle a beaucoup diminué de volume, et l'on ne remarque plus qu'un léger suintement séro-purulent qui va en diminuant.

A l'examen on trouve toujours une bride transversale dans le cul-de-sac vaginal gauche. Le col est entr'ouvert. Empâtement du cul-de-sac antérieur et à gauche.

1895, juin. — Il n'existe plus ni fistule, ni adénite.

Les règles ne sont pas bien régulières, avancent ou retardent.

Douleurs dans les cuisses aux époques.

Excellent état général.

1897, mai. — Plus rien à l'aine gauche. Voit régulièrement. Excellente santé.

De temps en temps, aux époques, douleurs et gonflement de la jambe gauche, notamment au genou.

Cette observation, à notre avis, ne peut guère se rapporter qu'à une môle hydatique.

L'excellente santé actuelle de madame C... éloigne toute idée de tumeur maligne.

Quant à un fibrôme dont le pédicule se serait rompu et qui serait tombé en déliquescence, cela nous paraît moins probable qu'une môle, malgré la chute de février 1894, qui pourrait expliquer cette rupture.

L'expulsion du corps dur le 25 août, après les débris d'aspect placentaire, pourrait faire penser à une môle accompagnant l'expulsion d'un fibrôme. L'examen microscopique n'ayant point réussi à éclairer le fait, nous nous contentons de l'enregistrer sans autres réflexions.

Dr COURGEY.

Congrès de Médecine de Montpellier

Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire

Par M. le professeur BARD, de Lyon.

Après avoir discuté les classifications cliniques de la tuberculose pulmonaire : pathogéniques, symptomatiques ou anatomiques, le savant rap-

porteur pense que la division principale en trois grands groupes doit être seule conservée. Considérant que les subdivisions sont insuffisantes pour la clinique, il propose une classification fondée sur 1.100 observations personnelles dont 350 suivies d'autopsies. Les bases essentielles de cette classification sont le siège anatomique, la distribution topographique et l'évolution des lésions. Il distingue quatre grands groupes (1) :

I. Les formes parenchymateuses, les plus communes, dans lesquelles la tuberculose frappe l'unité élémentaire de l'organe, les lobules pulmonaires eux-mêmes. Locales ou extensives, les formes parenchymateuses ont un mode de distribution superposable aux lobulations pulmonaires.

Au point de vue de leur évolution, il faut distinguer tout d'abord une *forme abortive* et des formes progressives.

A. *Forme abortive.* — Au point de vue stéthoscopique, elle est caractérisée par les signes que Grancher donne comme appartenant aux lésions du début de la tuberculose. Cette lésion bénigne, désignée sous le nom de *lupus* du poumon, donne lieu à des hémoptysies uniques ou à répétition, mais de courte durée, et sans fièvre, ni poussées congestives.

B. *Formes progressives.* — Elles peuvent se diviser en formes caséeuses, caséo-fibreuses et fibreuses.

1° *Formes caséeuses.* — L'évolution clinique est celle de la phthisie galopante, et par suite elle est au-dessus de nos moyens thérapeutiques. Elles ne sont justiciables que de deux moyens : opium et *mentiri*.

Elles se distinguent en forme lobaire ou pneumonie tuberculeuse classique, et forme extensive avec début localisé au sommet et envahissement progressif de zones nouvelles.

2° *Formes fibrocaséeuses.* — L'évolution clinique est celle de la phthisie ulcéreuse commune. Anatomiquement, elle est caractérisée par l'entrée en scène, à côté de la caséification, de la tendance fibreuse.

5 variétés :

1° Forme extensive, la plus commune.

2° Forme congestive, marquée par des hémoptysies multiples.

3° Forme cavitaire localisée.

4° Forme cavitaire localisée stationnaire. Les cavernes sont sèches.

5° Forme ulcéro-fibreuse cachectisante.

6° *Formes fibreuses.* — Elles sont caractérisées par la prédominance de l'évolution fibreuse d'emblée, la tendance caséeuse étant à peine indiquée par quelques petits blocs enkystés graisseux ou calcaires, ou par quelques petites cavernes sèches.

On peut en distinguer trois formes :

a) La pneumonie hyperplasique fibreuse, tuberculeuse de Bret-Tripier, caractérisée par une hépatisation lobaire de coloration ardoisée à évolution relativement lente.

b) *La forme fibreuse par sclérose dense*, la plus commune, caractérisée par de la matité, de la rudesse et du souffle.

c) La *sclérose diffuse* avec emphysème et retentissement sur le cœur droit, bronchorrée, dyspepsie, asthme symptomatique.

(1) *Echo médical de Lyon*, mai 1898.

II. Formes interstitielles ou granuliques.

L'auteur admet quatre variétés dans la granulie d'Empis, la plus rare de toutes les formes granuliques :

1. La granulie généralisée, classique dont on doit rapprocher la typhobacillose de Landouzy.

2. La granulie suppurée, très rare, formée de granulations disséminées un peu plus volumineuses. Les signes stéthoscopiques manquent longtemps et on croit avoir affaire à une forme pyohémique.

3. La granulie migratrice où les localisations pulmonaires souvent latentes sont précédées de poussées sur le péricarde, le péritoine, l'épididyme, les méninges, etc.

4. La granulie discrète n'a pas encore été décrite. Elle survient de préférence chez les tuberculeux fibreux à forme dense. Les phénomènes d'auscultation se réduisent à ceux des scléroses, — il y a de petites hémoptysies, mais c'est surtout la fièvre qui domine. La toux est sèche, modérée ; l'état général n'est pas touché. Cette forme est importante à diagnostiquer, car, si, non traitée, elle s'aggrave, on peut la voir, au contraire, rétrocéder après quelques badigeonnages de gaïacol.

III. Formes bronchiques.

Elles sont caractérisées par la localisation exclusive ou prédominante des lésions tuberculeuses sur l'appareil bronchique lui-même. On peut les diviser en 4 catégories :

a) La bronchite capillaire tuberculeuse, à qui l'on doit rapporter les granulies suraiguës asphyxiques.

b) La broncho-pneumonie tuberculeuse toujours bilatérale, accompagnée d'expectoration purulente avec toux intense, fièvre élevée et marche subaiguë.

L'uniformité des râles est un caractère essentiel.

c) La bronchite chronique tuberculeuse, la plus commune où l'amplitude respiratoire persiste et où abondent les gros rhonchus. C'est là que l'on trouve cette toux fréquente, dite « d'irritation » par les malades.

— La bronchite chronique tuberculeuse profonde où les bronches sont plus humides, les crachats plus épais, la toux plus grasse. On y observe de la dilatation des bronches.

d) La bronchite chronique tuberculeuse superficielle avec emphysème et simple irritation de la muqueuse.

C'est dans ces formes souvent méconnues que la médication sulfureuse donne ses plus beaux résultats.

IV. Formes pleurétiques.

Ces formes répondent à deux catégories de faits bien distincts : les pleurésies proprement dites, auxquelles s'associent des lésions pulmonaires plus ou moins marquées, que l'auteur n'envisage pas ; et les lésions pulmonaires s'accompagnant de symphyses pleurales. Cette variété comprend deux groupes bien tranchés :

a) La *forme post-pleurétique à lésions progressives localisées* ; le sommet seul est atteint depuis la simple sclérose, jusqu'à des cavernes sous-claviculaires.

b) La *pneumonie pleurogène tuberculeuse*, à lésions très étendues étagées sur toute la hauteur du poumon.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les œuvres professionnelles.

Un de nos amis, qui veut bien se charger de la propagande, pour les diverses œuvres confraternelles créées par le *Concours*, nous écrit :

Il est bien difficile de faire des prosélytes : nombre de confrères, auxquels je me suis adressé, m'ont répondu qu'ils se contentent de faire partie des sociétés locales, ou bien qu'ils trouvent qu'on éparpille les efforts du corps médical ; qu'il se fonde trop de sociétés et qu'il vaudrait mieux concentrer ses efforts dans les syndicats ou les sociétés locales.

On pourrait, à priori, affirmer que les confrères, qui font ces réponses ne mettent jamais les pieds dans les réunions des syndicats, ni des Sociétés locales. Le ton de leurs réponses suffit à prouver que les problèmes professionnels n'ont jamais troublé leurs digestions et que faire acte d'initiative quelconque, leur paraît au-dessus de leurs forces. Peut-être cotisent-ils à leur société locale, mais, à coup sûr, leur ardeur ne va pas au delà et quand ils parlent de Syndicat, on peut être certain que c'est par ouï dire.

Nous ne nous étonnons donc pas que, si on leur parle de *Caisse des pensions, d'Association amicale* ou de *Sou médical*, ils regardent le propagateur de ces œuvres, comme un phénomène et opposent à ses arguments la fin de non recevoir la moins déguisée.

Faut-il pourtant se contenter de hausser les épaules et de déplorer une fois de plus l'indifférence du corps médical ?

Nous ne le pensons pas.

Quelqu'absurdes que nous paraissent les résistances, il nous paraît utile d'en tenir compte et de chercher à les vaincre.

Tout ce que nous avons fait, depuis vingt ans, devrait être archi connu — c'est entendu — mais la correspondance nous montre que des confrères paraissent ignorer jusqu'à l'existence du *Concours médical* ; il faut donc insister, répéter à satiété ce que nous sommes las de dire... quelques-uns voudront bien nous lire et, nous ayant lu, considérer alors, notre œuvre comme sérieuse et digne d'attention, et, dans ce cas, nous n'aurons pas perdu notre temps.

Prenons donc les arguments dans la lettre de notre correspondant.

Les sociétés locales suffisent.—Elles ont un demi-siècle de date ; eh bien ! quel résultat ont-elles donné ? quel avantage palpable pour le corps médical ? quel progrès ? — (Il est bien entendu que nous ne mettons pas en discussion les secours donnés, les pensions servies). — Ont-elles défendu le médecin contre les assauts des collectivités ? contre les exigences des Administrations publiques ou privées, grandes ou petites ? lui ont-elles assuré une garantie contre les infirmités de la vieillesse, contre le chômage causé par la maladie ? Ont-elles créé, entre leurs membres, cet esprit de solidarité professionnelle que les conditions de la vie moderne rendent indispensable ?

Nous pourrions multiplier les interrogations, la réponse serait toujours la même. C'est que ces sociétés locales, qui ont organisé la bienfaisance médicale, nous le reconnaissons, étaient gênées par leur réglementation même, pour aller plus avant ; c'est que leur conception ne répondait, en aucune façon, à des besoins qu'alors on ne soupçonnait pas ; c'est qu'elles ne pouvaient, ni ne voulaient se transformer, alors que tout changeait autour d'elles.

Et les besoins nouveaux ont été tellement impérieux, qu'à côté de ces sociétés locales, et souvent malgré elles, des groupements se sont produits avec un esprit différent. En face de la bienfaisance et de l'aumône, s'est dressée la *prévoyance* avec le *Droit* ; en face de la société de secours, la société de résistance et d'action.

Puisqu'il faut le redire toujours, nous le répèterons : c'est le *Concours médical* qui le premier s'est constitué en société professionnelle d'action, c'est à sa voix que sont nés les *syndicats médicaux*, c'est lui qui a créé ces œuvres de droit qui ont nom *la Caisse des pensions de retraites du Corps médical Français, l'Association amicale des médecins Français* et le *Sou médical*.

Alors que la société locale végétait dans un assoupissement qui la faisait oublier ou ignorer, le Syndicat a remué bien des torpeurs, secoué bien des indifférences ; c'est lui qui réellement a donné une existence à cette entité qui avait nom le *Corps médical*..... et son action a été tellement irrésistible que la Société locale qui, souvent, l'avait vu naître avec appréhension et nourrissait à son égard des sentiments moins que tendres, a fini par reconnaître sa légitimité et nouer avec lui des relations, dont elle n'a pu que profiter.

Mais nous n'avons pas à retracer ici l'histoire des syndicats. Ce n'est pas d'eux que nous nous occupons en ce moment. Il nous a suffi de les citer pour montrer que la Société locale ne pouvait suffire, et nous passons à la seconde objection.

Il suffit de concentrer ses efforts dans la Société locale et le Syndicat. Cela veut dire, il nous semble, que chacun doit se confiner dans sa région et se désintéresser de ce qui peut se faire dans le Département voisin : c'est l'égoïsme et l'isolement régional substitués à l'égoïsme et à l'isolement individuel.

Nous croyons que cette conception est tout à fait erronée. En effet, si, pour avoir chance de réussir, certains efforts doivent être concentrés, il est d'autres efforts, qui réclament, avant tout, le nombre et qui sont d'autant plus efficaces qu'ils se généralisent davantage.

Les questions de bonne confraternité, de déontologie, d'exercice professionnel, gagnent certainement à être étudiées dans des réunions concrètes, dont tous les membres peuvent se connaître, où tous doivent se sentir les coudes ; il s'agit non plus de théorie, de dogmatisme, mais de pratique ; il faut donc avoir des intérêts communs, des habitudes et des aspirations communes, — le Syndicat est tout indiqué.

Mais pour des œuvres de prévoyance, comment le Syndicat pourrait-il suffire ? Les actuaires compétents nous enseignent que les calculs sur lesquels reposent toutes les œuvres de ce caractère ne peuvent avoir une valeur véritable que s'ils portent sur des personnes suffisamment nombreuses et exigent un minimum de plusieurs centaines d'adhérents ; quel est le syndicat, quelle est la société locale qui pourra fournir cet élément nécessaire de réussite ?

Nous avons vu se fonder, calquées sur nos œuvres mêmes — ce qui nous prouve que notre voie est la bonne — des œuvres locales de prévoyance : ces œuvres embrassent, non pas un département, mais toute une région. Eh bien ! ce n'est pas encore suffisant.

Et ici, qu'on nous permette de le dire, ce n'est pas une question personnelle qui est en jeu ; nous ne crions pas sur tous les toits que notre seule maison est au coin du quai et que le chocolat qui s'y débite est le meilleur, l'unique chocolat ; aux confrères qui nous ont demandé nos tarifs, nos statuts, nous les avons largement communiqués— nous estimons que pour le bien, il ne saurait y avoir de concurrence.

Mais, aux efforts que nous sommes contraints de faire, aux difficultés que nous éprouvons à faire comprendre nos idées, ne pouvons-nous penser que des œuvres locales auront plus de peine encore à réussir et à obtenir ce nombre, sans lequel l'avenir ne peut être assuré ?

Et si ces œuvres régionales n'ont pas encore l'envergure suffisante, on viendra soutenir que le Syndicat, que la Société locale doivent seuls concentrer nos efforts et notre activité !

Cela n'est pas sérieux ! passons donc à la troisième objection.

Les médecins éparpillent trop leurs efforts. Pour formuler une telle appréciation, il faut vraiment être bien peu au courant du mouvement professionnel. Sans doute, après la grande manifestation du Congrès de 1845, on pouvait concevoir les plus vastes horizons pour l'Association Générale..... on sait à quoi celle-ci a abouti, ce qu'elle est devenue ; une société de bienfaisance ! même pas une société de secours mutuels, puisqu'elle n'a pu faire ce qu'autour d'elle faisaient les mutualités, la retraite de droit, l'indemnité maladie, etc....

Ce que n'avait pas fait l'Association Générale, le *Concours médical* l'a tenté en reprenant les traditions oubliées, en réveillant le mouvement professionnel assoupi. Après avoir créé les Syndicats, organe indispensable, dont l'urgence s'imposait, il s'attacha aux œuvres de prévoyance, non moins nécessaires. Qui ne se souvient des efforts faits pour décider l'Association Générale à créer ces œuvres dans son sein ? L'Association se dérobant, nous n'avions pas à reculer et nous avons créé successivement la *Caisse des Pensions de retraites* qui assure à ses participants à 60 ans d'âge une retraite dont le quantum est mesuré par l'intéressé lui-même ; puis l'*Association Amicale* qui, en cas d'accident ou de maladie, sert une indemnité journalière de 10 fr. pendant deux mois, puis une indemnité mensuelle de 100 fr., quelle que soit la durée de l'incapacité de travail ; enfin le *Sou médical*, qui se propose d'aider et de soutenir le médecin dans la lutte pour l'existence.

Osera-t-on contester l'utilité d'une quelconque de ces trois œuvres qui se complètent et se prêtent appui d'une manière si heureuse ? En quoi donc, dès lors, éparpillons-nous nos efforts ? A chaque besoin particulier, nous avons opposé l'œuvre nécessaire, complétant peu à peu l'organisation que nous avons rêvée.

Il faudrait donc que le médecin fît partie tout à la fois de tant d'Associations diverses ? — Eh ! oui, nous le lui conseillons de toutes nos forces, car nous avons la conviction que, là est pour lui la sécurité et le salut dans la lutte de plus en plus âpre, qu'il va être contraint de soutenir.

Il sera membre du *Concours médical*, pour suivre le mouvement professionnel qui plus ou moins sciemment l'entraîne ; il sera *Membre du Syndicat*, pour se concerter avec ses voisins dans les questions locales et journalières ; il sera membre de la *Caisse des pensions*, pour préserver ses vieux jours de la gêne ; il sera membre de l'*Association amicale*, pour prévenir les risques de la maladie et de l'impotence ; il sera membre du *Sou médical*, pour augmenter ses moyens de défense et suppléer à l'insuffisance d'action forcée de son Syndicat trop limité ; et comme les idées de bienfaisance ne sont pas moins à encourager que celles de prévoyance, il sera membre de la *Société locale* !

Mais nous voyons immédiatemont poindre une objection nouvelle : quel modeste budget médical pourrait supporter ces multiples sacrifices ?

Le sacrifice, croyez-le bien, chers confrères, est moindre que vous ne le pensez et nous nous efforcerons de vous le démontrer au premier jour.

A. Gassot.

Nota. — Le *Concours médical* envoie, sur demande, tous renseignements utiles sur les œuvres confraternelles qu'il a créées.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I. Responsabilité d'une municipalité au sujet des engagements pris par celle qui l'a précédée.

Monsieur et très honoré Président,

Permettez-moi de vous entretenir d'un procès que je viens de soutenir avec une commune de ma région. Comme la solution intervenue peut intéresser quelques-uns de mes confrères, vous pourriez donner la publicité à ma lettre.

Au commencement de l'année 1896, j'étais appelé, par bons signés du Maire et revêtus du cachet de la Mairie, à donner mes soins à divers indigents. En mai 1896, l'ancienne municipalité fut remplacée, et la nouvelle refusa de me régler ma note, sous le prétexte que l'ancien Maire m'avait appelé à tort, les indigents en question, n'étant pas inscrits sur la liste d'assistance.

J'eus recours aux bons offices de votre journal qui me répondit que la nouvelle municipalité était responsable des engagements pris par l'ancien Maire. Je demandai également l'appui de notre association.

L'administration préfectorale que je mis au courant de cette difficulté, ne daigna même pas me répondre. C'était pourtant son devoir de couvrir l'ancien Maire, une de mes malades étant atteinte de fièvre typhoïde grave, à laquelle elle a succombé.

Je fus donc obligé de m'adresser aux tribunaux. Le refus de me payer ma note était une vraie chicane à l'adresse de l'ancien Maire.

Le conseil de préfecture n'autorisa pas la nouvelle municipalité à mettre en cause l'ancien Maire, ainsi qu'elle l'avait demandé, et le tribunal vient de condamner la commune à me payer intégralement ma note et tous les frais du procès.

A chaque instant, mes confrères et moi pou-

vous être appelés par bon d'un Maire à donner nos soins à des indigents. Que ce Maire vienne à mourir ou à être remplacé, son successeur, ennemi politique la plupart du temps, pour satisfaire quelque petite vengeance personnelle, refusera de nous régler notre note ! Se basant sur des précédents, le tribunal a jugé que toute municipalité était responsable des engagements pris par la municipalité précédente.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Président, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Engel,
à Montfaucon (Meuse).

11 mai 1898.

II. Tribunal de paix d'A. (Ardèche).

2 octobre 1897.

La personne qui a fait venir le médecin est solidairement responsable des honoraires.

Entre Monsieur S., docteur en médecine ;

Et R. comptable, et S., manœuvre, tous deux à A.

Par exploit de Me C. du trente et un août dernier, M. le Dr S. a fait citer R. et S. à comparaître à notre audience du onze septembre suivant aux fins de s'y entendre condamner conjointement et solidairement à lui payer avec intérêts et dépens, la somme de quatre-vingts francs qu'ils lui doivent pour l'accouchement de Madame S. commandé par R. père de cette dernière.

La cause appelée, les parties ont comparu.

Le demandeur a persisté dans les fins de la demande. R. a déclaré que s'il avait été chercher le docteur S. pour faire l'accouchement de sa fille, il ne s'était jamais engagé à le payer, et qu'il ne devait absolument rien au demandeur. S. a déclaré ne pouvoir payer la somme demandée. Sur la demande des parties, la cause a été renvoyée à ce jour.

Nous, Juge de paix. Attendu que R. lui-même est allé chercher le docteur S. pour opérer l'accouchement de sa fille, qui habitait avec lui.

Que le demandeur, connaissant la solvabilité de R., s'est rendu au domicile de ce dernier, ce qu'il aurait pu ne pas faire, si S., lui-même était venu chez lui ;

Attendu qu'en ce faisant, R. s'est rendu responsable du paiement des honoraires du médecin, que celui-ci l'a seul connu :

Attendu cependant que S. doit être retenu comme solidaire avec son beau-père ;

Par ces motifs, nous, Juge de Paix, jugeant contradictoirement et en dernier ressort, condamnons conjointement et solidairement R. père et S. à payer à M. le Dr S. avec intérêts de droit, la somme de quatre-vingts francs qu'ils lui doivent pour l'accouchement de Madame S., commandé par R. père.

Les condamnons de plus conjointement et solidairement aux dépens.

Justice de Paix du canton de Saint-Laurent du Pont (Isère).

Le tribunal de paix du canton de Saint-Laurent-du-Pont, etc.

Audience civile du 14 avril 1898, etc.

En la cause de M. D., docteur en médecine, domicilié aux Echelles (Savoie), demandeur, d'une part.

Et 1° Joseph P., ancien domestique de R., domicilié à l'hospice d'Entre-Yviers, et 2° Cyrille R., négociant, marchand de bois, domicilié à Saint-Pierre d'Entrenet (Savoie), défendeurs, d'autre part.

Par exploits de... etc.............................

Le Docteur D. a fait citer Joseph P. et Cyrille R. à comparaître à notre audience du 17 mars pour s'entendre conjointement et solidairement condamner à lui payer et avec intérêts de droit : 1° la somme de 70 francs pour soins donnés au dit P., à la suite d'un accident alors qu'il était au service de R. et 2° celle de 10 francs pour démarches aux fins d'avoir paiement des dits honoraires, le dit R., pris comme patron de P. et responsable des soins réclamés par le Dr D., donnés avec le concours de M. J., médecin à Saint-Laurent du Pont.

S'entendre en outre condamner solidairement aux dépens...

.... Il a été expliqué à la barre les faits ci-après. Le 10 février 1896, Joseph P., conduisant un attelage lourdement chargé pour le compte et comme domestique de R., fut victime d'un grave accident ; il fut relevé les jambes broyées et transporté à l'hôpital d'Entre-Yviers où le blessé reçut les soins du Dr J., avec le concours du Dr D.

Le malade dut être amputé d'une jambe et l'autre est restée ankylosée, etc.....................;

Aux débats, P. soutient qu'il ne doit rien au docteur D., parce que, dit-il, ce n'est pas lui qui l'a fait appeler, etc...................................

Quant à R., il a répondu qu'il ne doit rien pour les suites de l'accident dont il s'agit, qu'il est étranger et tout à fait irresponsable des dépenses que P. a pu occasionner à l'établissement, etc. ....

Attendu qu'il est suffisamment établi que le 10 février 1896, P., domestique de R., a été victime d'un accident ....

.... et transporté d'urgence, à l'hôpital où sa situation exigea les soins et le concours de deux médecins....................................

Attendu que la prétention de P. de ne rien devoir, parce qu'il n'a pas personnellement fait appeler le médecin D., ne saurait être admise, ni fondée, vu l'état où il se trouvait, qu'il y avait urgence à recourir au médecin quel qu'il fût...

Attendu que .... il y a lieu d'examiner et apprécier quelle a été l'attitude de R. le jour même de l'accident arrivé à son domestique.

Attendu que, malgré les dénégations de R., il est acquis aux débats et en outre confirmé par le président de la commission administrative de l'hospice, que le même jour de l'accident R. s'est rendu à l'établissement, que devant le lit du malade et en présence du président de la commission, il a recommandé aux sœurs de donner à son domestique les soins nécessaires, qu'il paierait ; que plus tard R., invité à venir régler, se rendit à l'hospice, qu'il discuta en présence de la supérieure, la dépense de P., qu'il se contenta de dire « je viens de payer des coupes de bois, je suis un peu gêné pour le moment, je reviendrai dans 15 jours, je paierai tout », ce délai lui fut accordé, mais il n'a plus reparu à l'hospice et ne s'est plus préoccupé de son domestique, etc., etc., etc...

Condamnons conjointement et solidairement Joseph P. et R. Cyrille, etc, etc................

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat départemental des médecins de la Vendée.

6 Octobre 1897.

Présidence de M. Filaudeau père.

Etaient présents : MM. Auneau, Barbanneau, Billaud, Chatelain, Choyau (de la Roche), Clénet, Coquaud, Davillé (de Saint-Michel-en-l'Herm), Dodin, Epron, Filaudeau père, Filaudeau fils, Fillon, Fleury, Gaston, Gaudin, Ginestet, Gourmaud, Guibert, Gustin, Joffrion, Jouitteau, Joussemet, Logeais, Maigre, Maugard, Meunier, Micheneau, Mignen (Montaigu), Nicoleau, Paris, Pépin, Poirault, Piveteau, Robin, Roy, Serph, Vaton.

Excusés : MM. Angeard, Berrez, Bousseau, Challe, Chameron, Choyau (Luçon), Davillé (la Caillère), Jagueneau, Joubert, Mondon, Pacaud, Palvadeau, Riou, Terrien.

Non excusés : MM. Bodin, Briant, Mignen (les Essarts), Perier, Reverseau, Sarrazin.

Le Président demande à l'Assemblée de statuer tout d'abord sur l'admission des membres nouveaux.

MM. Auneau, de Saint-Fulgent, Chatelain, de Saint-Hilaire-des-Loges, Choyau, de la Roche, présents à la réunion sont admis à l'unanimité.

MM. Rotureau, des Herbiers et Pichard, de Mortagne, présentés par MM. Barbanneau et Pépin, sont admis également, quoiqu' absents.

MM. Faucheron, de la Garnache et Dérotrie, de Challans, présentés par MM. Serph et Barbanneau, sont admis.

Une fois ces questions réglées, la parole est donnée au Secrétaire pour lire son rapport ;

« Messieurs et chers Confrères,

« A ne consulter que la lettre de convocation, nous avons une réunion de la plus haute importance, puisque des questions primordiales doivent y être abordées ; aussi n'abuserai-je pas de vos instants pour faire l'historique des travaux de l'année écoulée. Je serai bref.

« Au mois de décembre dernier, une réunion extraordinaire motivée par la discussion imminente, disait-on, de la loi sur la pharmacie, a consacré les points sur lesquels vous désiriez attirer spécialement l'attention des pouvoirs publics ; nous respecterons vos décisions dans la mesure du possible, et nous nous réservons, le moment venu, d'employer tous les moyens dont nous disposons pour y réussir ; nous attendons le moment propice pour intervenir ; quand aura-t-il lieu ? L'avenir nous le dira.

« La question de l'exercice illégal est plus que jamais à l'ordre du jour ; vous savez que des jugements peu favorables au corps médical ont rendu les poursuites plus difficiles ; mais nous ne saurions nous rebuter dans cette voie, et nous approuvons hautement le syndicat d'Angers qui, dans le procès intenté à certains masseurs, veut épuiser toutes les juridictions. Le syndicat de Maine-et-Loire a fait appel à la solidarité des autres syndicats, et nous ne voulons pas être les derniers à y répondre ; votre bureau vous proposera tout à l'heure une allocation de cent francs dans ce but ; C'est là un emploi utile et logique de nos ressources. Quant aux traiteurs, rebouteurs, etc.. de notre pays, nous sommes toujours à la disposition de ceux qui nous apporteront des plaintes motivées et appuyées sur des faits précis.

« Comme mouvement dans le personnel des membres du syndicat, nous avons des pertes douloureuses à déplorer : la mort a largement fauché dans nos rangs.

Ici le Secrétaire rend hommage à la mémoire de MM. Billiotte (des-Sables-d'Olonne), Simon (de Beauvoir-sur-Mer), Thébault (de Nieul-le-Dolent).

« Et maintenant, Messieurs, que nous avons parlé des pertes irréparables que nous avons faites, laissez-moi vous donner l'assurance que notre jeune société n'en a pas moins progressé. Il y a quelques instants nous avons soumis à votre vote l'admission de sept nouveaux confrères ; deux de ces adhésions nous ont été procurées par notre sympathique confrère, le Docteur Serph, de Bois-de-Céné ; je tiens à le remercier publiquement de son ardent prosélytisme : puisse son exemple être suivi par chacun de nous ! nous ne tarderions pas à atteindre la centaine ; c'est mon objectif et j'espère que vous m'aiderez à le réaliser. »

La parole est ensuite donnée au Trésorier, qui termine son exposé (1).

Sur la proposition du Président, l'Assemblée, à l'unanimité, vote de chaleureux remerciements au Docteur Pépin, pour la façon intelligente et pratique dont il gère les fonds du Syndicat.

Caisse des Pensions des Médecins français.

La parole est au docteur Barbanneau, secrétaire, pour la question des sociétés de Prévoyance médicale :

« C'est aujourd'hui un thème banal que celui de la souffrance du Corps médical ; tout le monde en parle, tout le monde en gémit ; combien cherchent les moyens d'y remédier ? Il est vrai qu'il est plus aisé de constater le mal que de le guérir ; ici, les méthodes microbiennes restent impuissantes, car nous n'avons pas encore découvert le microbe de la gêne médicale ; encore moins son vaccin.

« Mais il est permis de chercher des atténuations à ce mal et ces atténuations je ne les trouve que dans la prévoyance, exigée en principe. Nous sommes tous trop portés à considérer l'avenir d'un œil indifférent, quand le présent ne nous est pas trop dur ou qu'il ne nous paraît pas au-dessus de nos forces : c'est-là une faute grave. Songeons toujours à cet avenir si menaçant pour nous et les nôtres, et que les situations précaires dans lesquelles se trouvent les familles de quelques-uns de nos confrères récemment disparus nous servent de leçon.

« La Prévoyance a deux objectifs différents : nous-même et les nôtres. De là deux voies diffé-

(1) En faisant connaître que l'avoir du Syndicat atteint le chiffre de 1.718 fr. 54.

rentes à suivre, ou plutôt, de là deux sortes d'obligations différentes à remplir. Aujourd'hui je ne parlerai que de la première catégorie : la prévoyance vis-à-vis de nous-mêmes.

« Plus d'une fois vous avez dû songer aux difficultés de vivre, quand aura sonné l'heure du repos, quand les infirmités ou l'âge auront à peu près rendu impossible l'exercice de la profession. Comment vivre alors, sinon en prenant sur l'avoir qu'on possède (quand on possède), en diminuant le capital qui devait être la part de ceux qui restent derrière nous ? Il y a un moyen simple, à nos yeux, de remédier à ce grave inconvénient : Profiter de la période d'activité pour s'assurer à la Caisse des retraites des Médecins français. Pour une somme annuelle relativement modeste, proportionnée à ses facultés, on prend ses précautions contre les misères de l'âge, et on se constitue une rente viagère qui, si elle n'est pas la fortune, nous aide tout au moins à jouir d'un peu de repos sans trop de soucis.

« Pour sortir des généralités, prenons un exemple :

« Voici un médecin de 40 ans ; il veut se constituer une rente viagère à 60 ans ; tous les ans il versera une somme de 309 francs et à l'âge fixé il aura une rente de 1,200 francs. Il aura donc versé 6,180 francs pour cela. En tenant compte des tables de mortalité, il aura 12 ou 13 ans à jouir de cette rente ce qui fait qu'il recevra en réalité 15,600 francs ; c'est donc, vous le voyez, un bon placement.

« Je sais qu'il y a des objections qu'on a faites ; il est facile de les réfuter. Quant au chiffre peu élevé de l'annuité, relativement aux compagnies d'assurances, voici ma réponse ; toutes les compagnies acceptent des annuités pour constituer des rentes viagères ; mais toutes les compagnies ont des frais énormes qu'il faut solder : de là un inconvénient grave, la cherté des annuités, des primes, comme on dit en style d'assurance. Reprenons notre exemple de tout à l'heure. Le médecin de 40 ans verse à la Caisse des retraites annuellement 309 francs ; aux compagnies d'assurances, pour jouir des mêmes avantages, il devra verser 447 francs, soit 138 francs de plus par an : la différence est appréciable et vous comprenez l'utilité qu'il y avait à fonder cette caisse. Et si vous me demandez comment la Caisse des retraites peut donner pour 309 francs ce que les autres vendent 447 francs, je vous répondrai : Le Conseil d'administration de cette caisse ne comprend que des médecins qui donnent leur temps gratuitement ; il n'y a pas d'actionnaire, pas de publicité ; la seule publicité est la propagande par la parole entre médecins ; tous les ans la situation financière est publiée dans le *Concours Médical*, et c'est tout. Vous conviendrez qu'avec ce système les frais généraux sont nuls et c'est là la raison de l'énorme écart entre les primes. Pour vous donner une idée de ce que sont les frais généraux dans une compagnie d'assurances sur la vie, songez qu'il est de règle de répartir la première prime entre les divers agents qui ont concouru à la signature du contrat ; en sorte que dans le cas qui nous occupe, la compagnie ne toucherait pas un centime des 447 premiers francs. Il faut bien qu'elle se rattrape ensuite, car les actionnaires n'ont pas encore eu leur part, et ils sont.... gourmands, les actionnaires.

« Voilà donc pourquoi les compagnies demandent cher, et pourquoi plusieurs médecins imbus d'idées confraternelles pratiques ont fondé la Caisse des pensions de retraites des médecins français.

« J'aurais encore beaucoup à dire sur cette question si le temps ne me pressait ; mais si j'ai pu convaincre quelques-uns d'entre vous de l'excellence de l'institution que je prône, et les décider à s'y faire inscrire, je serai largement récompensé de la peine que j'aurai prise. En tout cas, je serai heureux de recevoir des demandes de renseignements ou de statuts ; ce sera la meilleure preuve que ma tentative a réussi.

Ordre des médecins.

M. Mignen (Montaigu) prend la parole, et après un exposé très complet des arguments pour et contre si souvent reproduits par le *Concours*, il obtient le vote des deux conclusions ci-dessous :

1° Il y a lieu de créer un Ordre des médecins ;
2° Les différents projets à l'étude ne donnent pas complète satisfaction et doivent être remaniés.

Caisse de défense.

M. Mignen (Montaigu) demande alors si les membres du Syndicat sont partisans d'une caisse centrale de défense qui serait entre les mains de l'Union des Syndicats, et dont les ressources seraient créées pour une surélévation de la cotisation actuelle, comme adhérents à l'Union ; c'est-à-dire que rien ne serait changé pour les cotisations réclamées aux syndiqués, mais chaque syndicat, au lieu de donner 2 francs par membre, donnerait 3, 4 ou 5 francs.

L'Assemblée consultée, adopte cette création, étant bien entendu que la cotisation nouvelle n'excéderait pas 4 francs.

Association amicale

M. Mignen demande la parole pour s'expliquer sur l'Association amicale des Médecins français (Indemnité-maladie).

« *Mes Chers Confrères*,

« Lors de notre dernière réunion générale, alors que vous étiez invités à venir en aide à la veuve malheureuse d'un confrère, je vous faisais remarquer combien nous étions coupables de ne pas nous assurer, pendant que nous étions jeunes encore, quelques ressources pour nos vieux jours.

« Notre secrétaire vient de vous parler de la caisse des pensions de retraites, permettez-moi, à mon tour, de dire quelques mots de l'*Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie*, dont la dénomination indique l'objet.

« Ne sommes-nous pas exposés plus que personne à contracter les maladies que nous sommes appelés à combattre ! Et dans l'état précaire où nous vivons presque tous, hélas ! n'avons-nous pas tout à redouter de quelques semaines de chômage forcé ?

« S'il est bon de songer à l'avenir, il est bon aussi de penser au temps présent, et je vais essayer de vous faire connaître les bases sur lesquelles repose l'indemnité en cas de maladie.

« Fondée en 1894, sur la généreuse initiative du docteur Cézilly, l'Association amicale, en cas

de maladie, fonctionne très régulièrement et très utilement. Elle admet les médecins de 25 à 65 ans exclusivement et leur offre à choisir entre deux combinaisons : 1° une indemnité pour chaque jour de maladie, à partir du quatrième, et pendant toute la durée de la maladie, le Sociétaire ne pouvant plus rien réclamer quand il a atteint l'âge de 65 ans, parce qu'alors il cesse de payer sa cotisation ; 2° une indemnité analogue à la précédente, mais qui est due pendant toute la vie du sociétaire, lequel continue de verser sa cotisation.

« Dans les deux cas, la cotisation, qui reste toujours la même, varie suivant l'âge d'admission dans l'Association ; dans les deux cas aussi, l'indemnité est de 10 francs par jour à partir du 4e, et pendant 60 jours, puis de 100 francs par mois pendant toute la durée de la maladie.

« il faut ajouter qu'on peut ne payer qu'une demi-cotisation qui assurera une moitié de l'indemnité.

« Je ne saurais entrer dans le détail du fonctionnement de l'Association, que vous pourrez étudier à loisir dans les brochures que je remettrai à ceux qui les désirent, et que vous pourrez toujours demander à M. le Docteur Jeanne, de Meulan (Seine-et-Oise) ou à M. le Docteur Gassot, de Chevilly (Loiret). Je suis à l'entière disposition de ceux qui voudraient de plus amples renseignements, dans lesquels je regrette n'avoir pas le temps d'entrer aujourd'hui.

« Qu'il me suffise de vous dire que, pendant ces trois premières années, les indemnités versées aux confrères malades ont été :

« De 370 francs en 1894 ;
« De 3,400 francs en 1895 ;
« De 7,603 fr. 25 en 1896 (1).

« Je ne saurais plus éloquemment vous montrer l'utilité de cette Association. »

On procède alors :

1° A la nomination d'un membre du bureau, en remplacement de M. Billiotte, des Sables, décédé. M. le Docteur Dodin, de Challans, est choisi à l'unanimité.

2° A la nomination de deux délégués à l'Union des Syndicats. Sont nommés : MM. Mignen et Barbanneau.

On discute la date de la réunion générale ; on décide qu'elle aura lieu fin juin ou première quinzaine de juillet.

L'ordre du jour étant épuisé, le président lève la séance.

REPORTAGE MÉDICAL

Projet de Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale en 1900. — La Société du XIe arrondissement vient d'adopter une proposition à ce sujet et d'autoriser son bureau à poursuivre les démarches en vue de la réalisation de cette idée.

(1) N. D. L. R. — Nous complétons l'excellente mesure de propagande due à l'initiative de M. le Dr Migneu, en rappelant que le chiffre des indemnités payées pour les trois premiers mois de 1897 a atteint 11.636 fr.

Les policliniques à Bruxelles. — Une commission du Collège des médecins de Bruxelles, d'accord avec les médecins intéressés, vient d'élaborer un projet d'après lequel les indigents et nécessiteux reconnus tels, seraient seuls admis à profiter des policliniques et des consultations gratuites.

La valeur en justice des livres du médecin. — A Mâçon, les livres du médecin ne font pas foi en justice (arrêt de 1893) — Au tribunal civil de la Seine (13 mai 1893) ils constituent un élément de preuve suffisant, à moins d'exagération évidente, pour le nombre des visites faites. O Jurisprudence, voilà de tes surprises !

Un non-combattant. — Le docteur Abbatucci, médecin de 2me classe de la marine, vient d'être décoré pour faits de guerre au Soudan. Voici le libellé qui figure au *Journal officiel* :

« S'est particulièrement distingué à l'affaire de Diagourou (Soudan), non seulement en soignant les blessés sous le feu de l'ennemi, mais encore en faisant le coup de feu au milieu d'une section de tirailleurs pour les encourager par son exemple, et en s'improvisant ensuite canonnier servant pour aider l'officier d'artillerie à bout de forces. »

(*Echo du Nord*).

L'Association médicale mutuelle de la Seine, dite Société Gallet-Lagoguey, sœur aînée de notre *Association amicale des médecins Français*, et comme elle, créée pour verser une indemnité de droit de 10 fr. par jour aux médecins malades, a tenu, le 6 Mars dernier, sa onzième réunion générale.

M. le Dr Descoust, Président, et M. le Dr Signez, Secrétaire général, ont indiqué la marche de l'œuvre, enregistré ses progrès et les services qu'elle a rendus : ils ont même jeté un coup d'œil sur les branches d'action qui pourraient s'ouvrir devant elle à mesure que les ressources augmenteront, et ont agité l'idée de la création d'un fonds de retraite après une certaine participation et à un certain âge.

Du rapport de M. le Dr Fissiaux, trésorier, il ressort que la société possède aujourd'hui un actif de 227.000 fr. 23, et compte 409 membres.

Nous sommes ici trop partisans des œuvres de prévoyance et de mutualité pour ne pas applaudir de tout cœur au succès de l'Amicale parisienne, et souhaiter un élan nouveau dans son développement.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4274. — M. le Docteur Javey, de Paris, présenté par Monsieur le Docteur Comar.

N° 4275. — M. le Docteur Duhamel, de Plancy (Aube), présenté par Monsieur le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Destival, de Miradoux, (Gers), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 23 4 JUIN 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

A nos Lecteurs.

Le champ d'action du Concours médical, le nombre de ses membres, s'accroissent sans arrêt depuis 1879. J'ai le juste souci des obligations, que m'impose ce développement. C'est pourquoi, depuis longtemps, je cherche, autour de moi, près de Paris, près du siège du journal, le collaborateur qui aurait les qualités indispensables, pour m'aider à étendre encore notre œuvre de défense et de prévoyance professionnelles, en secondant fructueusement le Conseil de Direction de notre Société.

Ce collaborateur n'avait pas besoin d'autres titres que les miens. Il fallait qu'il fût, comme nous tous, un médecin vivant depuis de longues années de sa profession, et, par conséquent, instruit, par la rude expérience, des déboires et des difficultés que nous rencontrons Il devait être doué, aussi, du sens pratique et de l'énergie nécessaires pour les surmonter, en rechercher et en trouver les solutions.

Il fallait en outre que, par son langage, son style, il pût faire pénétrer dans nos esprits et nos cœurs, par la voix du journal, les convictions qui l'animent, et nous entraîner à de nouveaux progrès.

Depuis longtemps, je suis en rapports suivis avec celui que, tous, nous pouvons appeler notre ami, le docteur Jeanne, de Meulan. Ses confrères de Seine-et-Oise, ses voisins les plus rapprochés, lui rendent témoignage que, depuis qu'il exerce la médecine, ils ont rencontré en lui, les qualités de bon sens, d'affabilité, de persuasion qui m'ont guidé dans mon choix. C'est dans ses actes, que j'ai reconnu cet esprit de véritable confraternité médicale que je recherchais.

En conséquence, j'ai jugé utile à notre *Concours médical*, de le prier d'accepter, pour une certaine période, le titre de rédacteur en chef, inscrit pour la première fois en tête du journal.

M. le docteur Jeanne donnera sa marque personnelle, au grand bénéfice de notre Société.

Chers confrères, je pense aussi que notre ami trouvera, auprès de vous, un crédit égal à celui que vous voulez bien m'accorder à moi-même, et que nos efforts communs seront, comme par le passé, couronnés de succès.

Le Directeur, A. CÉZILLY.

PROPOS DU JOUR

L'antisémitisme et les médecins.

Aux élections dernières, M. le Dr Baraban, professeur à la Faculté de Nancy, posa sa candidature à la députation, en apprenant à ses concitoyens qu'il était antisémite.

Nous aimons à croire que ce Maître ne faisait pas tenir tout son programme dans ce seul mot ; un médecin, c'est-à-dire un homme sérieux, ne se laisse pas hypnotiser par une formule moyen-

âgeuse, et ne songe évidemment pas à nous ramener les guerres de religion comme unique besogne parlementaire.

Admettons donc, qu'il y avait dans l'étiquette choisie une simple concession au snobisme électoral, la politique ne se composant que de concessions.

Mais, voilà que l'un des collègues du candidat, M. le professeur Bernheim, autre Maître de la même école, qui appartient, lui, à la religion d'Israël, se déclare froissé, lésé, par la malheureuse étiquette-programme ; et, dans la crainte d'être un jour sacrifié par l'ostracisme des doctrines antisémites, il prend prudemment les devants, appelant sur la tête du candidat les foudres du Conseil de la Faculté !

Heureusement, hâtons-nous de le dire, celui-ci s'est réfugié dans l'incompétence.

D'autre part, tandis que ces choses se passaient chez nos anciens de Nancy, comme une sorte de pendant à l'affaire Blanchard-Heim, la salle de garde de l'hôpital Tenon, se plaçant, pour l'avenir, sous le vocable de Saint Drumont, consignait bravement sa porte à quelques externes, qui ont commis le crime de naître Juifs.

Voilà deux faits, que nous citons sans commentaires, mais qui semblent vouloir caractériser un état d'âme, puisqu'ils se sont produits aux deux extrémités de notre vieille hiérarchie professionnelle.

En serions-nous arrivés, chez les médecins, à perdre l'esprit de justice, de libre examen, d'observation sereine et impartiale, de tolérance envers l'opinion d'autrui ? Allons-nous avoir aussi, comme le clergé et la magistrature, de ridicules prétentions à l'infaillibilité en matière de dogme, de vérité ou d'erreur ? Plus de liberté de conscience, alors ? La soumission aveugle à tout mot d'ordre qu'auront accepté des foules ignorantes et emballées par le premier venu ? Et notre vieux cliché sur la soif de l'indépendance, qu'allons nous en faire ? Et on parle de créer l'Ordre des médecins !

Allons, gardons-nous ici même de prendre tout cela au sérieux. Les manifestations du suffrage universel troublent parfois passagèrement les cerveaux de tout âge.

Puis, c'était hier la *Fête des Fous* : on lui a donné un petit prélude, et voilà tout. Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Avantages des collyres huileux.

M. *Panas* a communiqué récemment à l'Académie de Médecine les recherches faites sous son inspiration par M. Scrini sur la valeur des huiles d'olive et d'arachide comme véhicules des collyres ophtalmiques. D'après ces recherches, il y a lieu d'admettre :

1° La solubilité des alcaloïdes mêmes ou de leurs sels gras (stéarates) dans ces huiles lavées à l'alcool et stérilisées ;

2° La parfaite asepsie des solutions ;

3° Leur stabilité ; l'ésérine notamment ne se transforme pas en rubrésérine ;

4° Leur action supérieure ou tout au moins égale aux mêmes solutions aqueuses ;

5° L'absence de toute altération épithéliale de la cornée à la suite d'applications de la cocaïne en solution huileuse ;

6° Enfin et surtout, la facilité d'application, la sûreté de pénétration de ces collyres dans le cul-de-sac conjonctival et la suppression du blépharospasme qui, dans les cas d'ulcère perforant de la cornée et d'opération de la cataracte, peut compromettre l'œil gravement.

Prophylaxie de la tuberculose.

Notre éminent confrère, le Dr *Gibert*, du Havre, a pris part à la discussion de l'Académie sur

FEUILLETON

Le médecin civilisateur.

Je vous ai déjà parlé, dans un de mes feuilletons antérieurs, du beau livre de Balzac, *Le médecin de campagne*, de l'influence heureuse que ce médecin parvint à exercer sur une population pauvre et ignorante, en l'élevant comme un précepteur élève un enfant, en lui apprenant à utiliser les ressources du sol natal, en créant des ressources nouvelles, des débouchés, etc..., qui rendirent très prospère une région jusque-là fort déshéritée.

Il m'a semblé qu'il ne serait pas inopportun de revenir à la charge, au moment où il est tant question de décentralisation, au moment où tant d'esprits généreux, comme Maurice Barrès, font une campagne énergique pour retenir nos paysans dans nos villages, pour multiplier leurs attaches terriennes et sociales, pour rendre leur sort meilleur et créer en province de nombreux foyers intellectuels.

Je crois de plus en plus que le médecin est appelé à jouer un rôle important dans cette évolution, que la meilleure façon qu'il ait de confondre ses détracteurs et de reprendre son ascendant un peu compromis, c'est, en dehors de ses devoirs professionnels, de s'attacher de plus en plus à cette noble besogne de civilisateur, de créateur d'intelligences et de richesses.

Après avoir enseigné aux travailleurs à mieux veiller sur leur santé, après avoir essayé de les améliorer moralement, il peut et il doit les mettre au courant des perfectionnements acquis, même au point de vue de la culture, de l'habitation et de l'élevage.

Je ne demande pas pour cela au médecin d'être universel, mais d'avoir simplement des notions générales, de prêcher, par l'exemple, lorsqu'il le peut, et, à défaut d'applications personnelles, d'insuffler partout le progrès, par des conversations privées ou des leçons publiques.

De petites réunions familières, des conférences sans prétention, aideraient à atteindre le but.

C'est ce que vient de faire avec beaucoup de succès, à Villiers-sur-Marne, le docteur Vaquier, en réunissant les habitants dans l'école, pour leur montrer les dangers de l'alcool, si désastreux pour la santé morale et physique de l'individu. J'estime que cet excellent confrère, s'il s'est aliéné quelques empoisonneurs patentés, qu'on appelle à tort des marchands de vins, a rendu un grand service à ses auditeurs, aux ouvriers de l'endroit, en leur dénonçant l'alcool comme poison du corps, comme poison de l'intelligence, de la volonté et des sentiments, en leur enseignant qu'il engendre la paresse, la dépravation, la misère, qu'il étiole la race et compromet l'avenir de l'humanité.

Cette tentative de propagande et de haute moralisation, poursuivie avec tant de zèle par la société française de tempérance, ou ligue nationale contre l'alcoolisme, mériterait d'avoir de nombreux adep-

la prophylaxie de la tuberculose : il a approuvé M. Grancher de ne pas demander que la tuberculose figure parmi les maladies, dont la déclaration est obligatoire, puisque ces déclarations resteraient lettre-morte, tant qu'il n'y aura pas de budget de la santé publique. Il propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant : « Il y a lieu d'exiger que les préfets prennent les mesures nécessaires pour que tous les logements où sont décédés les phtisiques, à la ville comme à la campagne, soient soumis à la désinfection. »

Au Havre, il y a des rues entières, dans lesquelles il n'y a pas eu, depuis très longtemps, un seul décès par phtisie, parce que ces rues sont exposées au vent de mer. Une autre constatation curieuse, c'est que les cartes locales du choléra, de la diphtérie et de la tuberculose sont superposables.

M. *Laveran* demande à compléter les conclusions proposées dans le rapport de M. Grancher.

Lorsqu'un tuberculeux se trouve dans sa famille dans des conditions mauvaises et qu'il n'y a pas lieu de compter sur l'exécution des mesures indiquées au paragraphe premier, l'envoi du malade dans un sanatorium ou dans un hôpital est indiqué et doit être vivement conseillé.

La création de sanatoria destinés aux tuberculeux indigents s'impose aussi bien pour la prophylaxie que pour le traitement des tuberculeux.

Lorsqu'un tuberculeux succombe, il est indispensable de faire désinfecter avec soin sa chambre, sa literie et ses effets d'habillement.

On doit désinfecter également les locaux et les objets de literie qui ont été affectés même passagèrement à des tuberculeux et qui doivent changer d'affectation.

M. *Ferrand* propose un moyen de mettre la déclaration obligatoire des maladies d'accord avec la conscience, qui, chez beaucoup de médecins, repousse le système actuellement en vigueur ; chaque médecin aurait un carnet à souche ; sur la feuille détachable il inscrirait le nom de la maladie et remettrait cette feuille à la famille qui aurait la charge de la faire parvenir à l'administration. Le talon du carnet montrerait que le médecin a rempli son rôle (1).

M. *Léon Collin* insiste sur la fréquence de la tuberculose préexistant chez les jeunes soldats au moment de leur incorporation, ce qui n'enlève rien à l'importance de la découverte de Villemin. Il faut donc travailler à améliorer les casernements, le régime alimentaire ; il faut atténuer l'action néfaste, sur cette catégorie de soldats, des intempéries atmosphériques.

M. Collin propose donc d'ajouter aux conclusions de M. Grancher l'alinéa suivant :

« Il est nécessaire d'assurer par des crédits suffisants l'exécution de prescriptions relatives à la salubrité des casernes ; augmentation du volume d'air attribué à chaque homme ; réfection et imperméabilisation des parquets ; désinfection des locaux et du mobilier ; aération continue des chambres ; isolement des infirmeries et des réfectoires, etc., etc., et autant que possible de profiter des saisons et des moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les convocations de réservistes, les changements de garnisons, les exercices, manœuvres, marches de nuit, etc. »

Congrès français de médecine de Montpellier.

Les parasites du cancer ; pathogénie, histogénèse, prophylaxie des tumeurs malignes.

M. F.-J. Bosc (de Montpellier). — Les recherches que nous poursuivons depuis deux ans

(1) Ce qui formule à nouveau est exactement ce que le *Concours* est allé réclamer lors de l'élaboration de la loi, auprès de la Commission parlementaire, en 1892.

---

tes dans le corps médical. C'est une croisade à poursuivre sur tous les points du territoire, et plus spécialement parmi les agglomérations où les spiritueux font le plus de ravages, engendrent le plus de vices et de crimes.

Mais ce n'est pas seulement l'action néfaste du cabaret, son action déprimante et avilissante, incompatible avec les espoirs vivaces et les généreuses pensées, comme l'a dit si bien le Dr Vaquier, qu'il faut enseigner avec persistance ; il y a une foule d'autres sujets, tout d'actualité, que les médecins devraient s'efforcer de vulgariser, surtout ceux qui sont investis d'une magistrature quelconque, leur donnant un certain prestige sur leurs administrés.

C'est un titre bien mesquin que celui de maire, de conseiller général, si on l'ambitionne par vaine gloriole ou par intérêt, si on ne le relève pas, en s'en servant pour faire plus de bien que les autres hommes.

Au point de vue de l'agriculture, la voie a été glorieusement tracée par les travaux des Boussingault, des G. Ville, des Deherain, des Grandeau, etc.

Grâce à eux, la chimie agricole a merveilleusement progressé ; elle est en mesure, maintenant, de déterminer exactement les conditions de la vitalité des plantes et de commander à la végétation.

Or, tout ceci est à peu près ignoré du paysan ; il y aurait un avantage primordial à lui en faire la démonstration, à faire pousser sous ses yeux des fruits, des légumes et des fleurs, dépassant en beauté et en rendement tout ce qu'il a pu entrevoir.

Je suis encore sous le charme de la dernière exposition de chrysanthèmes, qui représentait au summum ce qu'on peut obtenir avec de la persévérance et un peu de zèle. — En moins de vingt ans, on est arrivé à produire environ quatre mille variétés de cette plante si décorative, qui contribue si gracieusement à l'ornementation des jardins et des appartements.

Je partage même, à ce sujet, l'opinion d'un journaliste, qui, devant leurs pétales tourmentés, torturés, rendus extravagants, a prétendu que le chrysanthème lui faisait l'effet d'une jolie fille qu'on a jadis aimée et qui serait devenue publique, trop parée, trop fardée, trop somptueusement attifée et trop effrontément belle.

Les gens du métier vous diront par quels artifices de culture, semis innombrables, usage de la taille et du pincement, engrais liquides et abris artificiels, on est arrivé à varier la forme, le coloris, les proportions des chrysanthèmes, à accroître leur précocité et la durée de la floraison.— Ils vous diront aussi qu'il n'y a pas de plantes qui ne soient avantageusement modifiées par des soins exceptionnels, l'art complétant le travail obscur de la nature, pour obtenir des produits d'une beauté supérieure.

Voyez quels services vous pourriez rendre à vos voisins, en leur apprenant à créer à leur tour, ne serait-ce que de savoureux légumes, des fruits superbes, choux bonasses ou vulgaires melons, d'une

nous ont démontré qu'il existe, dans les cancers, des formations anormales étrangères à nos tissus ; que ces formations sont de nature organisée, vivante, et représentent des parasites de la classe des sporozoaires ; qu'enfin ces parasites jouent un rôle pathogène et que leur connaissance éclaire l'histogénèse et la prophylaxie du cancer.

Les *formations anormales* des tumeurs peuvent se grouper suivant six types morphologiques : formes microbiennes, granulations, formes cellulaires, formes enkystées, formes sarcodiques et microsporozoïtes. La plupart de ces types existent dans toutes les tumeurs malignes, mais les formes de petite taille prédominent dans les sarcomes.

Ces *formations anormales constituent des êtres organisés, vivant en parasites dans les tumeurs.* Des preuves *indirectes* sont tirées : de la *coloration* élective des formations anormales à l'état frais, sur des coupes et après fixation du suc cancéreux sur lame ; de leur *structure* formée : 1° par une zone hyaline homogène, parfois finement striée, partie périphérique différenciée d'une masse protoplasmique et qui sert à la formation de la paroi kystique, et 2° par une masse centrale de structure complexe, aboutissant à la formation de spores qui renferment des corps en croissant ; de leur *siège* et de leur *développement* dans le protoplasma ou le noyau des cellules, jusqu'à destruction de ces dernières. Des preuves *directes* sont tirées : de l'existence de *cycles évolutifs* aboutissant à des phénomènes de reproduction ; de la constatation de plusieurs cycles évolutifs pour le parasite d'une même tumeur (*dimorphisme évolutif*), enfin de la possibilité d'obtenir, dans du sang rendu incoagulable, des *cultures* de parasites des tumeurs humaines, avec constatation des mouvements amiboïdes lents pour certaines formes jeunes, mais sans arriver toutefois à obtenir des cultures indéfinies.

Ces *parasites appartiennent à la classe des sporozoaires* : c'est ce que nous montre l'examen des tumeurs spontanées évoluant chez des animaux normalement porteurs d'un sporozoaire déterminé (lapins, poissons), et la comparaison entre les sporozoaires qui vivent en saprophytes chez les animaux (coccidies, grégarines, myxosporides) et les parasites du cancer. La coloration, la structure, l'évolution dans les cellules, les cycles évolutifs sont superposables dans les deux cas ; dans les deux cas également on constate le même dimorphisme évolutif et la possibilité de poussées aiguës sous l'influence d'un cycle d'évolution plus rapide.

La constatation des parasites dans le cancer n'est pas une preuve scientifique suffisante de leur *rôle pathogène.* La constance, le nombre de ces parasites dans les tumeurs, leur répartition dans la zône d'accroissement, le rapport qui existe entre l'évolution de la tumeur et le cycle *évolutif* prédominant du parasite, constituent déjà des *arguments de probabilité* d'une grande valeur. Parmi les preuves scientifiques de l'action pathogène des parasites, la première à fournir était la démonstration de l'*inoculabilité* des produits cancéreux renfermant ces parasites. Nos expériences nous ont montré que les tumeurs spontanées renfermant des sporozoaires connus (lapins) sont inoculables aux animaux de même espèce ; des expériences diverses ont montré que les tumeurs malignes des animaux, semblables à celles de l'homme (épithéliome, carcinome, sarcome), sont inoculables en série (Hanau, Moreau, Wehr, Klencke) : que les tumeurs humaines sont inoculables à l'homme (Hahn, Cornil) et aux animaux (Langenbeck, Goujon, Ficket, Mayet). Nos expériences nous ont démontré d'une façon précise l'inoculabilité des tumeurs humaines aux animaux (inoculation de trois cas de sarcome mélanique au cobaye et trois inoculations positives de cancers

---

dimension et d'un arome exceptionnels, qu'ils pourraient vendre ensuite à la ville voisine, dans des conditions très rémunératrices.

Enrichis par vous, ils ne seraient plus dans l'impossibité de payer vos propres honoraires.

Et la culture de la vigne, du blé, de tant d'autres récoltes, qu'on pratique si mal, dans les 3/4 de la France, ne croyez-vous pas qu'il serait bien méritoire d'en doubler, d'en tripler le rendement, en signalant aux campagnards les plus routiniers les moyens d'atteindre ce résultat.

Le bien-être succédant à la gêne, les pauvres ayant de quoi manger, même la poule au pot du roi Henri, les habitants mieux vêtus, mieux logés, moins malades, vivant plus longtemps, voilà en somme ce que vous pouvez réaliser, dans votre petite circonscription, avec un peu de bonne volonté.

Je parle, bien entendu, pour les médecins qui ont des loisirs, et ils n'en ont que trop, dans le plus grand nombre des bourgades, où on ne les fait appeler qu'à la dernière extrémité.

Ceux qui ont du temps à perdre ne sauraient mieux l'employer qu'en s'ingéniant à devenir les bienfaiteurs de la région.

Leur rôle d'initiateur sera naturellement varié à l'infini, selon leurs aptitudes, selon les besoins ou les ressources du pays où ils exercent.

En donnant tout à l'heure, quelques indications un peu prosaïques, je n'ai voulu qu'établir le principe, que désigner un objectif, tout en comprenant bien que chacun doit évoluer à sa guise, dans son milieu.

Il lui sera même permis de marcher sur les brisées du vétérinaire, qui n'est pas toujours très au courant des doctrines pastoriennes, pour expliquer aux paysans comment avec la vaccination préventive, on peut se rendre maître de la fièvre charbonneuse, du sang de rate, du charbon symptomatique, du rouget du porc, ces ennemis vingt fois séculaires de l'agriculture, qui, jadis, apportaient périodiquement la ruine dans les régions les plus fortunées.

Dites-leur aussi que la sérothérapie est applicable à la médecine des animaux, que c'est le meilleur traitement de certaines maladies du cheval, que c'est surtout un excellent moyen pour empêcher l'apparition du tétanos accidentel ou chirurgical.

Signalez les insectes nuisibles, encouragez la pisciculture et le repeuplement des cours d'eau, faites connaître au moins les éléments de la botanique agricole et médicale, de la flore thérapeutique et industrielle, poussez à la plantation d'arbres fruitiers ou d'essences variées, au respect du gibier et des nids au moment des couvées, favorisez l'industrie laitière, répandez les notions essentielles sur la panification, les eaux potables, les conserves alimentaires, l'inspection des viandes, les maladies contagieuses, les premiers secours à donner en cas d'accidents, la gymnastique et même les distractions saines et les récréations scientifiques,

au chien, avec formation, dans un cas, de noyaux cancéreux dans le poumon, après inoculation intrapéritonéale).

Ces inoculations sont encore insuffisantes pour faire la preuve rigoureuse de l'action pathogène des parasites, la substance inoculée étant complexe.

Il est indispensable de reproduire ces tumeurs par inoculation de cultures pures des parasites qu'elles renferment. Ne pouvant obtenir des cultures indéfinies, nous avons tourné la difficulté en isolant aseptiquement. des organes de certains animaux, des sporozoaires bien connus (C. oviforme du foie du lapin, klossia du rein de l'escargot, kystes de grégarine du lombric) et en les injectant à des animaux après dilution dans du bouillon stérilisé. Nous avons, ainsi faisant, injecté de véritables cultures de sporozoaires avec cet avantage d'inoculer des formes de résistance à une période voisine du stade de reproduction. Ces inoculations ont produit chez le lapin, le cobaye, le chien, la grenouille, des tumeurs à évolution lente et progressive dans lesquelles on peut suivre le passage entre la spore à sporozoïtes, les sporozoïtes libres et les inclusions nucléées identiques, d'une part, aux formes d'évolution des sporozoaires et de l'autre aux parasites du cancer.

Le cancer est donc une maladie parasitaire dont on trouve la cause dans le monde extérieur et dont les formes parasitaires représentent les stades d'évolution des divers cycles d'une espèce de sporozoaires, espèce que l'on peut même parfois arriver à déterminer.

L'*histogénèse* des tumeurs est singulièrement éclairée par la conception de leur nature parasitaire. L'étude des tumeurs spontanées du lapin nous a montré que sous l'influence de l'envahissement de l'épithélium par les parasites, il se fait une prolifération et une hypertrophie des cellules épithéliales, mais après la destruction de celles-ci, les parasites envahissent le tissu conjonctif, de sorte que la tumeur, primitivement épithéliale, devient uniquement conjonctive ; l'inverse peut avoir lieu. L'ensemble du processus ne diffère en rien des modifications que l'on constate dans les tissus chroniquement enflammés, non cancéreux.

Ces notions sont entièrement applicables aux tumeurs humaines. L'épithélioma peut donner naissance à un processus prolifératif de nature conjonctive ; le carcinome, d'origine épithéliale, devient dans la suite de son développement, une tumeur de nature conjonctive ; le sarcome représente une tumeur primitivement conjonctive. Le seul élément spécifique des tumeurs est le parasite ; la formation de la tumeur doit être ramenée à un *processus d'inflammation chronique portant sur un ou plusieurs tissus.*

L'*étiologie* et la *prophylaxie* découlent de la connaissance que nous avons du rôle des sporozoaires et de leur fréquence dans la nature. Les sporozoaires du chien, du rat, du lapin, des gallinacés, des poissons, etc., contaminent le milieu humain, ou sont un danger pour son tube digestif. Les klossia peuvent être l'agent causal du cancer de l'estomac, lequel est fréquent dans les localités où on mange beaucoup d'escargots crus. Tous les *insectes*, les *vers*, les larves renferment des quantités énormes de spores ; or, l'on sait que le cancer est surtout fréquent à la campagne, dans les endroits humides et boisés où les sporozoaires trouvent les conditions les plus favorables à leur développement et où les insectes sont partout présents, sur les vêtements, sur la peau, etc. Un insecte écrasé au voisinage immédiat d'une porte d'entrée (mamelon excorié, lèvre de fumeur..., orifices en particulier), constitue un danger de contamination. Le cancer étant parasitaire, doit être considéré comme *contagieux* dès qu'il est ulcéré. On connaît des cas de transmission de l'animal à l'homme, de

---

comme la musique instrumentale, le chant et la photographie.

Que votre sollicitude s'étende à tout ; contribuez à la propagation des langues étrangères ; poussez les jeunes gens, qui ont quelques aptitudes, à les étudier ; qu'ils fassent un tour à l'étranger pour s'y perfectionner, pour en rapporter des notions artistiques ou pratiques, dont ils feront ensuite profiter leur village.

Un dernier progrès à réaliser, et non le moins important, c'est d'enseigner aux campagnards qui font eux-mêmes leur pain et redoutent avec raison les mélanges frauduleux qui se pratiquent chez les petits boulangers, les moyens d'obtenir une panification régulière, saine et hygiénique.

— « C'est à la ménagère de faire son pain en petite quantité à la fois, de se servir exclusivement de levain frais, d'abandonner aux bras vigoureux le soin et la fatigue du pétrissage, de laisser lever la pâte dans un endroit convenable, de la cuire suffisamment longtemps dans un four conforme au bon sens, suffisamment chaud ; de placer et de conserver son pain dans un endroit frais, sec, aéré loin de l'humidité et de l'obscurité ; c'est à elle de ne plus tirer vanité d'une fournée considérable, de choisir une farine nouvellement moulue, fraîche, sèche et de bonne provenance et de jeter sans regrets au fumier le pain avarié, moisi, mal fait ou mal cuit. »

Généralement, le médecin représente l'homme le *plus instruit, le mieux doué de sa commune : c'est* un devoir d'en faire profiter les déshérités, placés au-dessous de lui, de même que c'est une obligation sacrée pour les personnes riches, d'avoir la main toujours ouverte et de se montrer généreuses.

Soyez généreux par le cœur, chers confrères ruraux, puisque votre modeste situation ne vous permet pas de faire l'aumône, sans compter. A défaut de monnaie trébuchante et ayant cours, soyez prodigues de bons conseils, faites-vous aimer et bénir, même par vos adversaires. — Ce sera une excellente réfutation à opposer au socialisme agraire, aux vaines déclamations des hâbleurs, qui d'ailleurs, s'ils ont pu troubler l'esprit des ouvriers des villes, arriveront moins facilement à triompher du gros bon sens de Jacques Bonhomme.

Ce dernier ne s'en rapporte pas à des phrases creuses, à des promesses en l'air, il lui faut voir et toucher comme le Thomas des écritures.

Je me résume en disant que le médecin a un magnifique rôle à jouer, en dehors de l'exercice de son art, en devenant avec les années une sorte de Mentor et de père vénérable, pour tous ceux qui l'approchent ; il faut qu'on le consulte avec déférence, non seulement pour les soins du corps, mais encore dans toutes les circonstances où un bon avis s'impose, où une sage direction est nécessaire.

Dr Grellety (de Vichy).

l'homme à l'homme. Les expériences de Morau montrent la possibilité de la transmission du cancer par les punaises. De là découlent des *règles prophylactiques* : éloigner de l'homme les animaux porteurs de sporozoaires ; améliorer l'hygiène de l'habitation à la campagne ; rejeter de l'alimentation ou soumettre à une cuisson suffisante les animaux porteurs de sporozoaires ; surveiller le lavage des légumes mangés crus et les eaux de boisson ; répandre dans les campagnes les règles d'une hygiène minutieuse de la peau et des vêtements ; considérer le cancer ulcéré comme contagieux. Le chirurgien doit y trouver des raisons pour être prudent vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis de son opéré (faire l'ablation totale de la tumeur, éviter d'ensemencer la plaie opératoire).

CHIRURGIE PRATIQUE

Hernies congénitales et hydrocèles de la tunique vaginale et du cordon.

Une infirmité assez fréquente chez les nouveau-nés, c'est la hernie inguinale congénitale précédée ou accompagnée d'une hydrocèle de la tunique vaginale ou du cordon. Les mères et les nourrices ont l'habitude d'attribuer l'existence de cette affection à l'excès de cris et d'efforts faits par le nouveau-né mal soigné. « Surtout, ne laissez pas bébé crier trop longtemps, disent les matrones conseillères, il se donnerait un effort. » C'est dans ce but absolument illusoire, que l'on habitue bébé aux bercements ou que l'on abuse du dangereux calmant qui se nomme la tétée. On gave l'enfant de nourriture sans lui laisser le temps de digérer le repas précédent, on lui ballonne l'estomac, on augmente ses troubles digestifs, on provoque des vomissements, de la diarrhée, mais il n'a pas crié et il n'aura pas d'effort, croit-on. Tous les médecins connaissent cette déplorable méthode d'élevage et savent les difficultés de la lutte pour en amener l'abolition. Cette lutte est d'autant plus justifiée que le nouveau-né ne peut retirer aucun bénéfice de l'alimentation forcée, et que l'absence de cris n'empêche en aucune façon la production de la hernie. La hernie ne se montre jamais, en effet, que chez les prédisposés, chez les malformés congénitalement et, sauf de très rares exceptions, on peut dire que la hernie vient « en dormant ». Quelle est, d'ailleurs, la véritable étiologie de cette infirmité ? Nous allons la passer en revue en quelques mots.

I

ETIOLOGIE.

La tunique vaginale du testicule est formée aux dépens de la grande séreuse péritonéale ; dans chaque anneau musculo-aponévrotique inguinal, s'insinue un diverticule séreux, qui accompagne le testicule, le coiffe, et peu à peu allonge son pédicule de communication avec le péritoine jusqu'à ce qu'une oblitération se fasse dans la continuité de ce pédicule. A ce moment, les deux diverticules constituent deux vaginales parfaitement isolées du péritoine. Or, il peut arriver que l'oblitération ne se fasse pas, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois, à droite et à gauche, et que les vaginales continuent à communiquer avec le péritoine. Quoique le canal de communication soit étroit, il n'en constitue pas moins une sorte d'amorce pour les descentes d'épiploon et d'intestin, c'est-à-dire pour les hernies.

Très souvent, une certaine quantité de sérosité descend dans la vaginale, la distend, forme ce que l'on appelle une hydrocèle, et contribue encore à distendre le canal de communication péritonéo-vaginale ; pour peu que l'épiploon ou l'intestin soit fortement comprimé dans la cavité abdominale par suite de la grande abondance des gaz intestinaux, l'un ou l'autre s'engagera insensiblement dans cette fausse route, en glissant le long de la séreuse, *sans effort* et par le simple effet de la pesanteur. Peu à peu, la pointe de hernie élargira le canal vagino-péritonéal et arrivera dans le scrotum au voisinage de la poche d'hydrocèle ; la hernie inguino-scrotale congénitale sera constituée. Le même mécanisme peut amener la hernie congénitale double, qui est moins fréquente que la hernie unilatérale.

Il arrive aussi, parfois, que l'intestin ne descend pas dans sa fausse route inguinale dès la première enfance ; l'hydrocèle existe dans les premiers mois de la vie, puis se résorbe petit à petit, et tout semble guéri : cependant, la communication péritonéo-vaginale existe toujours, et la poche de la hernie congénitale est virtuellement constituée, n'attendant qu'une occasion (course, marche longue, exercice gymnastique) pour se remplir d'épiploon ou d'intestin vers l'âge de dix, douze ou quinze ans, quelquefois plus tard. En apparence, la hernie qui se montre à cet âge est accidentelle et traumatique ; mais, en réalité, si l'on étudie les commémoratifs, on voit qu'elle est bien congénitale, mais qu'elle est restée latente pendant plusieurs années. C'est ainsi que, la plupart du temps, les hydrocèles vaginales des nouveau-nés ne sont que des amorces et des avertisseurs pour les hernies congénitales futures : il y a certes des exceptions, car bien des hydrocèles ne communiquent pas avec la séreuse péritonéale, mais c'est plus fréquemment le contraire qui se produit. Telle est, en deux mots, l'étiologie de la hernie congénitale.

II

SYMPTÔMES.

Tantôt, le jour même de la naissance, tantôt au bout de quelques jours, on remarque, en donnant au nouveau-né les soins de propreté intime, qu'une de ses bourses ou que toutes deux à la fois, sont volumineuses ; c'est le premier phénomène qui attire l'attention et c'est tout ce que peut remarquer une personne non initiée à la médecine ; mais, le médecin doit immédiatement s'enquérir d'une foule de petits détails.

Tout d'abord, la partie augmentée de volume peut n'avoir la grosseur que d'une noix ou, au contraire, égaler un œuf de poule : cette première constatation servira à l'établissement d'un diagnostic approximatif d'hydrocèle simple ou d'hydrocèle avec hernie.

Un deuxième point à éclaircir est le suivant : La grosseur augmente-t-elle chaque fois que l'enfant crie ou fait quelqu'effort ? Il est facile de s'en assurer en faisant crier le bébé. — Si l'effort produit une augmentation de volume, la

communication péritonéo-vaginale existe, c'est une chose certaine ; donc il y a hernie congénitale, constituée ou future.

Enfin la forme de la tuméfaction scrotale a une très grande valeur : dans le cas d'hydrocèle simple, la partie inférieure de la bourse est seule gonflée ; dans le cas de hernie concomitante, toute la bourse, principalement au niveau de l'orifice externe inguinal, près de l'aine, est augmentée de volume.

L'exploration manuelle du scrotum fournit les signes les plus précis pour le diagnostic de la hernie congénitale et de l'hydrocèle ; il est important de pratiquer cette exploration avec douceur et avec méthode. Il faut, en effet, ne pas provoquer les cris du bébé, au moins au début de l'exploration, afin de se rendre compte exactement des modifications de volume, que subit la tumeur scrotale du fait de l'exploration et des manipulations.

L'exploration doit d'abord porter sur le testicule ; il faut s'assurer qu'il n'y a pas cryptorchidie ; la situation du testicule est plus ou moins masquée par la vaginale distendue, par l'hydrocèle.

Les signes de l'hydrocèle sont les suivants : une tumeur scrotale du volume d'une noix à un œuf de poule, irréductible vers l'anneau inguinal, recouverte de téguments lisses, sillonnés de nombreuses veinosités, transparents et amincis ; cette tumeur est fluctuante à la pression, ne subit aucune variation de volume quand l'enfant fait un effort de cri ou de colère, enfin ne donne, à la malaxation, aucune sensation de glouglou ou de bruit gazeux comme cela se produit, au contraire, quand on palpe l'intestin hernié. Quelque volumineuse que soit l'hydrocèle, on peut toujours, par la palpation, reconnaître au-dessus de la tumeur scrotale les éléments constitutifs du cordon spermatique, du moment où il n'y a pas de hernie concomitante.

Dans le cas de hernie inguinale congénitale, on trouve aussi une tumeur scrotale, mais plus volumineuse à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, faisant pour ainsi dire corps avec, le canal inguinal, mobile, réductible ou, du moins, subissant de notables variations de volume par suite des efforts de toux ou de cri, non transparente, non recouverte de téguments amincis, produisant assez souvent des bruits gazeux lorsqu'on en pratique la palpation. Dans la plupart des cas, la hernie est accompagnée d'hydrocèle et l'intestin ou l'épiploon descend dans la tunique vaginale au contact du testicule ; on perçoit alors, par une palpation méthodique, la différence de consistance de la hernie et de l'hydrocèle, l'une mobile et réductible, l'autre fluctuante, mais non réductible de bas en haut. Il faut bien se souvenir que la hernie peut rester latente pendant plusieurs années et qu'on ne peut recueillir des signes de présomption qu'en provoquant les cris de l'enfant et en introduisant doucement le doigt dans l'orifice inguinal externe.

On perçoit alors le choc éloigné de la pointe de hernie qui cherche à s'insinuer dans l'orifice de communication du canal vagino-péritonéal. Il peut se présenter une variété de tumeur scrotale de même nature que l'hydrocèle, mais ne siégeant pas dans la vaginale proprement dite : c'est l'hydrocèle enkystée du cordon.

Cette variété peut, comme l'hydrocèle vaginale, s'accompagner de hernie inguino-scrotale. On la reconnaît à sa situation moyenne entre le testicule et l'anneau inguinal, à sa forme de fuseau bombé, à sa transparence, à son irréductibilité vers la partie inférieure, à son manque de variation de volume au moment des cris de l'enfant. Son caractère le plus tranché est son isolement facile du testicule qui forme comme une noisette au-dessous d'un noix (la noix représentant l'hydrocèle enkystée).

III

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la hernie scrotale et de l'hydrocèle chez l'enfant, revient, en somme, au même que le diagnostic des tumeurs des bourses chez l'enfant. Nous ne nous arrêterons pas à ce que les parents ignorants considèrent comme un effort, une hernie possible et qui, en réalité, n'est qu'une adénite inguinale infectieuse ou strumeuse. Une palpation méthodique un peu attentive et quelques cris provoqués chez l'enfant, permettront de rassurer les parents sur leurs craintes et d'éviter d'imiter leur erreur.

Mais, dans le scrotum, il peut se produire chez l'enfant, outre la hernie et l'hydrocèle, l'éléphantiasis de la peau, l'érysipèle, le sclérème, l'hématocèle, le sarcome du testicule.

L'éléphantiasis se reconnaît à l'épaississement de la peau et à la consistance uniforme de tout le scrotum qui est œdématié à la surface et ne varie pas de volume suivant les efforts de l'enfant.

L'érysipèle est facile à reconnaître par la couleur rouge de la peau et la coexistence de la fièvre. Le sclérème ou durcissement des téguments n'est pas localisé seulement au scrotum ; il atteint les membres inférieurs qui prennent une consistance ligneuse.

L'hématocèle est due à une néoplasie testiculaire ou à un traumatisme : elle s'accompagne d'ecchymoses à la peau ou de coloration brunâtre de la région testiculaire. La tumeur est irréductible et non transparente. C'est aussi le cas du sarcôme testiculaire, tumeur assez dure, lourde, irréductible, non transparente, subissant rapidement un grand accroissement de volume.

La hernie, nous l'avons vu, est toujours plus ou moins réductible vers l'abdomen et s'accroît à chaque effort de l'enfant ; l'hydrocèle enkystée est isolable du testicule ; l'hydrocèle vaginale enveloppe le testicule, le masque complètement et reste invariable, que l'enfant crie ou ne crie pas. Elle peut être hermétiquement close et ne pas communiquer avec l'abdomen ; mais, le plus souvent, elle annonce la persistance du canal vagino-péritonéal et la coexistence d'une hernie inguinale, par conséquent, elle communique avec le péritoine. Pour constater cette éventualité, on fait coucher l'enfant horizontalement sur un plan résistant, on élève les membres inférieurs, à un niveau plus haut que la tête et le tronc, et lentement, entre les doigts, on exerce une pression continue sur la tumeur scrotale, en évitant de faire crier l'enfant. Le liquide de l'hydrocèle reflue vers l'abdomen en très petite quantité, mais suffisamment néanmoins pour faire diminuer temporairement le volume de la tumeur. Si, alors, on fait crier l'enfant, et si on abaisse les membres inférieurs, on perçoit dans la tumeur, que l'on a conservée entre les doigts, une sorte de

retour du liquide, qui vient reprendre sa place dans la vaginale. Continuant alors à maintenir dans les doigts de la main gauche l'hydrocèle vaginale, on pose doucement l'index droit sur l'orifice externe du canal inguinal, et on fait crier l'enfant ; s'il y a pointe de hernie, on perçoit nettement le choc intestinal indépendant de la tumeur hydrique vaginale.

IV

TRAITEMENT.

Il est fort important au point de vue du traitement, de poser un diagnostic exact d'hydrocèle simple, de hernie inguino-scrotale, de hernie compliquée d'hydrocèle ou de kyste hydrique du cordon, car l'application intempestive d'un bandage peut amener bien des mécomptes.

Chez le nouveau-né, la constatation d'une simple hydrocèle vaginale ou kystique du cordon doit être suivie du traitement suivant : badigeonnages de teinture d'iode pure sur la tumeur tous les trois, quatre ou huit jours, selon les cas, la susceptibilité particulière de la peau, la nervosité de l'enfant, le volume de l'hydrocèle. Après ce badigeonnage, qui doit être de trois couches environ, on recouvre la région d'ouate ou de toile fine ; le lendemain et les jours suivants, on applique des compresses enduites de pommade iodurée au 1/10 ou de pommade au chlorhydrate d'ammoniaque à 2 ou 3 pour 10, ou enfin de pommade au sous-acétate neutre de plomb au 1/10.

Si ce moyen échoue, au bout de 8 à 10 semaines, on fera le traitement par la ponction suivie d'injection d'alcool. Cette petite opération, qui doit être conduite aseptiquement, se fait avec la seringue de Pravaz ou de Strauss : on évacue une seringue ou deux de liquide et on injecte une seringue d'alcool à 90°. La réaction est légère et la guérison n'est pas rare. On peut injecter aussi, mais avec prudence, un centimètre cube de teinture d'iode coupée de moitié d'eau.

Si l'enfant a 18 mois ou 2 ans, et que cette ponction suivie d'injection irritante ait échoué, il ne faut pas hésiter à pratiquer la résection antiseptique de la tunique vaginale en collerette autour de ses insertions testiculo-épididymaires, et de ne pas la reconstituer par la suture.

Quant aux kystes du cordon, si l'injection iodée a échoué, il faut les extirper complètement, ce qui est toujours possible. Dans les deux cas, on examinera avec soin s'il n'existe pas un pertuis communiquant avec le péritoine, avec ou sans pointe de hernie : l'opération sera alors celle de la cure radicale de la hernie inguinale. Le pansement au collodion rend ici de grands services, surtout chez les enfants en bas âge (1).

En ce qui concerne la hernie inguinale congénitale, du moment où elle n'est pas concomitante d'une ectopie testiculaire, deux méthodes sont applicables : le bandage en caoutchouc à pelote, double, même si la hernie est unilatérale, et la cure radicale par l'opération sanglante antiseptique, qu'on peut tenter dès l'âge de 18 à 24 mois.

Dr Paul HUGUENIN.

(1) Traité de thérapeutique infantile. Broca et Le Gendre.

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouveau signe du pronostic des maladies du foie.

L'étude de la physiologie pathologique du foie a subi, depuis quelques années, de transformations importantes. De plus en plus, en effet, grâce à l'impulsion donnée par les travaux remarquables de Hanot, de Chauffard et de leurs élèves, on reconnaît qu'il convient d'accorder une place prépondérante à la glande hépatique, dans la pathogénie des maladies tant infectieuses que toxiques et dyscrasiques. Cette conception nouvelle des fonctions du foie a rallié tous les suffrages, car, le foie et les reins, représentent les véritables gardiens de la santé. Cet exposé du rôle défensif que joue le foie dans notre organisme, a été fait pour la première fois d'une façon magistrale par Hanot, lors du dernier congrès de médecine interne tenu à Bordeaux, et depuis cette époque, plus on a approfondi le sujet, plus s'accroît le faisceau de preuves corroborant cette façon de comprendre la pathologie générale.

Aussi est-il naturel de prévoir que, dans cet ordre de recherches, de nombreux faits intéressants ont été mis à découvert ; je me bornerai, cependant, au signalement de quelques-unes des découvertes les plus typiques. Ainsi : Glycosurie alimentaire, hypoazoturie, albuminurie, modification de la production chromatogénique, exagération de la quantité de sels biliaires, et enfin, urobiline ; tous signes indubitables d'une déchéance de la cellule hépatique.

Ceci étant dit, je vais signaler brièvement un nouveau signe de pronostic des maladies du foie, qui est basé sur une interprétation de la présence de l'urobiline dans les urines. Mon opinion peut paraître, de prime abord, paradoxale, mais elle est le résultat de l'étude d'un certain nombre d'observations cliniques et urologiques, et voilà pourquoi, elle peut être utile aux praticiens.

Si l'on donne à un hépatique ou à un dyspeptique (le foie n'est qu'un diverticulum du tube intestinal) par doses fractionnées, 60 gr. d'une eau minérale alcaline forte, trois fois par jour, on obtient les résultats suivants, au bout de quelques jours, le plus souvent à la fin du premier jour.

Premier résultat : Le malade avait-il de l'urobiline dans les urines, avant toute ingestion d'eau minérale ? Si la cellule hépatique est encore vigoureuse et lutte avec chance de succès contre l'intoxication générale, on aura alors très nettement une augmentation du taux de l'urobiline (1).

Second résultat : Le malade n'avait pas d'urobiline, ce qui est rare. Si l'ingestion d'eau minérale n'en fait pas apparaître, cela signifie que la cellule hépatique est bien définitivement anéantie et que le dénouement fatal est proche.

En résumé, on peut dire qu'augmentation de l'urobiline égale lutte efficace de la cellule, et

(1) Nous rappelons que la recherche de l'urobiline se fait au moyen du spectroscope de poche. La bande sombre produite dans le spectre se montre dans la région du vert.

N. D. L. R

qu'état stationnaire ou absence d'urobiline égale déchéance irrémédiable de la cellule, qui est incapable de réagir sous n'importe quel autre agent médicamenteux.

Ces phénomènes curieux des eaux alcalines fortes peuvent être obtenus aussi bien avec les eaux chaudes prises sur place, qu'avec ces mêmes eaux prises à distance. Ainsi donc, grâce à ce procédé, on peut avoir un pronostic certain sur l'évolution ultérieure d'une maladie, procédé qui vient confirmer ou infirmer l'expérience de la glycosurie alimentaire, si facile à expérimenter.

Dr J. Gannat.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'honneur médical.

La déontologie médicale n'a pas seulement pour objet de régler les devoirs réciproques des médecins, ou des médecins et de leurs clients. Son chapitre le plus important, celui qui mérite d'être étudié de la façon la plus approfondie, traite des devoirs du médecin *envers sa profession*.

Dans notre siècle positif, où les esprits habitués aux procédés scientifiques, demandent à ne s'attacher qu'à des réalités palpables, — on est presque excusable de se demander, à première vue, comment on peut être lié envers une abstraction. Les obligations morales de l'homme ont toutes pour objet des êtres réels, matériels ou immatériels, les doctrines philosophiques ou religieuses. Or la profession médicale n'est pas une personne réelle. Elle est une abstraction. Comment, peut-on se demander, le médecin peut-il être lié envers une chose abstraite ? — Et si toutes les lois morales ont une sanction, où pourrait bien se trouver la sanction de nos devoirs envers cet idéal que nous appelons la profession médicale ?

Je me propose, Messieurs, de vous montrer en peu de mots la réalité des devoirs dont traite ce chapitre de la déontologie. Songez d'ailleurs, que ce qu'on nomme l'honneur n'est non plus qu'une abstraction, mais une abstraction d'une puissance irrésistible. Vous verrez que c'est, en quelque sorte, la nature de l'honneur professionnel que je me propose de vous exposer.

Il existe, aux yeux du monde, une grande différence entre le jeune homme de 25 ans qui ne se recommande que de son nom ou de sa fortune, et celui qui, au même âge, après une jeunesse consacrée au travail, a conquis par exemple l'épaulette d'officier, ou a revêtu l'habit sacerdotal. Le premier est une monnaie dont le titre est inconnu, tandis qu'on accorde à l'autre le respect et la considération dues aux connaissances et au caractère, dont il a fait preuve, pour être reçu prêtre ou officier.

Un accueil tout aussi distingué est fait au jeune médecin. Dès son entrée dans la carrière, on lui accorde une confiance et des égards qu'il n'a pas eu le temps de mériter encore, mais qu'il doit au souvenir de ceux qui l'ont précédé. On se plaît à lui prêter les qualités qu'on a aimées dans ses prédécesseurs. On prévoit en lui, leur dignité simple, leur science modeste, la discrétion qui inspire la confiance, la bonté qui soulage, la sympathie qui console.

C'est que, si loin que remontent les traditions, les générations médicales, en se succédant, ont légué à nous, leurs continuateurs, un imposant patrimoine commun d'honneur et de considération. Les services rendus, les qualités déployées, ont créé un type médical idéal, que le monde vénère, et dont le rayonnement protège le jeune médecin à l'entrée de la carrière. J'ajouterai même qu'il n'est pas de médecin, quel que soit son âge et sa position, que ce fonds commun ne contribue à élever aux yeux du public.

Les qualités nécessaires au médecin sont si nombreuses et si diverses, qu'il n'est pas un homme qui puisse se flatter de les posséder toutes, — qu'il n'est pas un médecin qui s'élève assez haut pour pouvoir se dispenser d'être modeste devant les beaux noms que se transmet l'humanité reconnaissante, — qu'il n'en n'est pas un, oserai-je ajouter, qui ne brille au moins autant par les qualités de la corporation tout entière, que par ses qualités personnelles.

Eh bien ! Messieurs, ce patrimoine commun dont le médecin jouit toute sa vie, son devoir est de le transmettre intact à ses successeurs. Il ne lui est pas permis, sans forfaire à l'honneur, de le diminuer, et il le diminuerait chaque fois qu'il commettrait un acte capable de déconsidérer, en sa personne, sa noble profession.

Si j'ai clairement exprimé ma pensée, on comprendra maintenant de quelle nature est le devoir du médecin envers sa profession ; c'est un devoir de reconnaissance envers ceux qui la lui ont transmise honorée, un devoir de probité envers ceux à qui il remettra un jour, à son tour, le dépôt qu'il a reçu. C'est un devoir aussi précis, aussi bien défini que ceux qui le lient envers ses collaborateurs ou envers ses malades.

Vos réflexions vous ont déjà montré, Messieurs, que la loi morale de l'honneur médical a aussi son infaillible sanction, que ce n'est pas impunément que le médecin manque à ses devoirs envers sa profession. La déconsidération jetée sur la profession rejaillit sur la personne du coupable, et le monde, vous l'avez observé, sait être sévère dans ses jugements.

Dr Legros (In *Scalpel*.)

La Société des médecins sanitaires maritimes.

Les médecins sanitaires maritimes dont nous avons étudié la situation, il y a deux ans et qui se trouvent, à bien des égards, dans une regrettable situation vis-à-vis des Compagnies qui utilisent leurs services et les reconnaissent si mal, viennent de s'unir en une Société professionnelle, aux efforts de laquelle nous souhaitons plein succès.

Nous publions un extrait des statuts, destiné à faire connaître le but poursuivi par ce nouveau groupement.

I. Il est constitué une société qui prend le titre de : « Société de médecine sanitaire maritime. »

II. Cette société a pour but :

1. De réunir toutes les observations de pathologie exotique ou de médecine navale qui auront pu être recueillies par ses membres et de les publier s'il y a lieu ;

2. D'étudier les améliorations qui peuvent être apportées à l'hygiène navale.

3. De veiller sur les intérêts professionnels de ses membres.

III. La société a son siége social à Marseille, cours du Chapitre, 1 (1).

IV. La société se compose de membres actifs, de membres honoraires, de membres correspondants et de membres d'honneur.

Pour être membre actif de la société, il faut être Français et posséder le titre de médecin sanitaire maritime.

Tout médecin sanitaire maritime peut réclamer son admission comme membre actif de la société.

Les membres honoraires sont les médecins ne naviguant pas ou ne naviguant plus, qui, non pourvus du titre de médecin sanitaire maritime, désirent cependant faire partie de la société. Leur demande d'admission doit être soumise au conseil d'administration, qui statue.

(1) Le docteur Fayol, médecin sanitaire maritime non naviguant, reçoit toutes les communications ; il habite cours Lieutaud, 39, à Marseille.

Les membres correspondants sont des personnes ne naviguant pas et non pourvues du titre de docteur ou d'officier de santé et qui, cependant, par leurs travaux scientifiques, peuvent être susceptibles de coopérer utilement au but de la société. Les membres correspondants sont nommés par le conseil, après présentation.

Les membres d'honneur sont ceux qui, pour services rendus à la société, sont jugés dignes d'en recevoir le diplôme d'honneur. Les membres d'honneur peuvent, sur la proposition du président, être nommés présidents d'honneur, par l'assemblée générale.

V. Toute protestation contre l'admission ou le maintien d'un membre quelconque sera soumise au bureau qui en jugera. L'intéressé pourra appeler de la décision intervenue à la première assemblée générale et y produire sa défense appuyée sur pièces authentiques.

VII. Les pouvoirs du Bureau partent du 1er juillet. Tout bureau nommé pendant le cours de l'année administrative de la Société devra être renommé à cette date.

XII. Les membres du bureau se réunissent au moins une fois par mois. En cas de décision grave à prendre ils peuvent s'adjoindre un ou plusieurs membres actifs avec voix consultative.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La personne qui réclame le médecin, peut être responsable des honoraires, surtout si elle est parente du malade.

Marseille, le 15 mai 1898

Monsieur le Directeur,

Grâce aux documents qui m'ont été fournis par le *Concours médical*, j'ai vu s'arranger, pour le mieux, une affaire fort compliquée juridiquement et, tout en venant vous remercier, je crois devoir vous narrer l'affaire dans ses détails, parce que je pense qu'il y a là matière à instruction pour plusieurs d'entre nous. Si vous en jugez ainsi : faites de ma lettre tel usage que bon vous plaira.

Je fus appelé auprès d'une dame D... pour l'assister pendant son accouchement. N'étant pas le médecin ordinaire de ladite dame, je fis mes prix d'avance ; cent francs pour un accouchement naturel, deux cents si une opération quelconque, version ou forceps, était nécessaire, plus cinq francs par visite, tant que dureraient les couches. Ce fut accepté par le mandataire, qui était le frère de la parturiente.

Arrivé auprès de la patiente, mes conditions sont renouvelées à la mère, qui les accepte à son tour. L'accouchement fut naturel, il y eut onze visites, total : cent cinquante-cinq francs.

Au troisième jour, n'ayant, dans la maison, pas vu l'ombre d'un homme, je m'enquis des renseignements pour la déclaration de naissance, et j'appris que ce n'était pas madame D. que j'avais accouchée (madame D. c'était le nom de la mère), mais bien une dame R., dont le mari était parti depuis sept mois pour Madagascar, ne donnant plus de ses nouvelles.

Quand, deux mois après, je réclamai le règlement de mes honoraires, on me renvoya d'Hérode à Pilate et je me trouvai en face de la situation suivante :

1° Le père, Monsieur R., parti pour Madagascar, depuis sept mois, engagé dans la milice, et, de ce fait, ni soldat ni civil, situation bâtarde qui ne lui crée aucun domicile légal et ne lui permet pas légalement de recevoir de citation à Marseille, lieu de son dernier domicile connu, puisqu'il l'a quitté depuis plus de six mois, c'est de notoriété publique. Cette situation existait déjà un mois avant l'accouchement ;

2° La mère, Madame R., pas de domicile légal, puisqu'elle n'habite pas avec son mari, et son mari lui-même n'ayant pas de domicile ; elle demeure chez sa mère, Madame D. ; c'est d'ailleurs là que je l'ai accouchée ;

3° La dame D., mère de la dame R., et qui m'avait fait appeler et avait répondu pour elle, a eu pas mal à souffrir des créanciers de son beau-fils, et de sa fille ; elle a donc jugé prudent de passer son bail à son fils, chez lequel elle demeure censément, d'où pas de domicile, ou si peu qu'il n'y a rien à prendre chez elle ;

4° Le père et la mère du sieur R., gens aisés, paraît-il, exercent une de ces professions qui ne se trouvent que dans les grandes villes. Ils logent d'hôtels en auberges, courent les foires et trafiquent de tout et de rien, vendent tantôt des bestiaux, tantôt des souliers, des peignes ou du chocolat : ce sont des nomades ; là encore pas de domicile fixe !

Voilà les personnages en face desquels je me trouvais, tous plus disposés les uns que les autres à ne pas payer. J'ai cependant poursuivi devant le Juge de Paix Mme R., et Mme D., celle-ci comme m'ayant appelé auprès de sa fille et ayant répondu pour elle, et j'ai obtenu contre eux le jugement suivant :

Tribunal de Paix du 3e Canton de la ville de Marseille.

Audience publique du 28 décembre 1897.

Entre le sieur F., docteur en médecine, domicilié et demeurant à Marseille demandeur, aux fins d'un exploit de Me B. B., huissier, du 30 octobre 1897, etc. .... d'une part. Et. 1° le sieur F., R., 2° la dame R., son épouse. 3° la dame D., tous domiciliés et demeurant à Marseille, rue de la République, défenseurs, sur la citation ci-dessus délivrée. Les époux R., défaillants, la dame D., comparaissant en la personne du sieur A. S., son mandataire. etc.... d'autre part.

Faits suivant exploit de........... Au requis du docteur Fanton, les époux R.. et la dame D., ont été cités à comparaître le 8 novembre par devant Monsieur le Juge de Paix du 3e canton à Marseille, pour : le sieur R., venir assister et autoriser son épouse à ester en justice, à défaut la voir autoriser d'office par le tribunal, et, tous les trois, conjointement et solitairement entre eux, venir s'entendre condamner à payer au demandeur la somme de cent cinquante-cinq francs, montant, savoir :

1° Celle de cent francs pour prix de l'accouchement et 2° celle de cinquante-cinq francs pour soins donnés ensuite. Avec intérêts, de droit et dépens, sous toutes réserves.

La cause appelée à diverses audiences, le mandataire du docteur Fanton a comparu et conclu comme dans la citation. Les époux R. n'ont jamais comparu, ni personne pour les représenter. Le mandataire de la dame D., comparaissant, a formulé la demande, en ce qui la concerne, et conclu à son déboutement.

En l'état, la cause a présenté à juger les questions suivantes :

En droit. — Faut-il donner défaut contre les époux R. autoriser la dame R. à ester en justice, et les condamner conjointement et solidairement avec la dame D. à payer au docteur Fanton la somme de cent cinquante-cinq francs montant des honoraires et soins ? Que faut-il statuer sur les dépens ? Sur quoi :

Attendu que le docteur Fanton réclame aux époux

R., et à la dame D., la somme de cent cinquante-cinq francs pour honoraires de l'accouchement de la dame R., et soins donnés à elle et à son enfant ; que, quoique régulièrement assignés, les époux R. ne comparaissent ni en personne, ni par mandataire ; qu'il y a donc lieu de statuer par défaut à leur égard.

Attendu que le docteur Fanton base sa réclamation sur le fait que la dame D. l'aurait fait appeler à son domicile où a eu lieu l'accouchement.

En ce qui concerne la dame D.

Attendu que la dame D. objecte que, si sa fille et son petit-fils ont eu besoin d'un médecin, ce fait ne saurait lui être personnel, que sa fille est d'ailleurs mariée et qu'elle ne saurait en conséquence être tenue de payer elle-même des dépenses qui incombent aux époux R.

Attendu que la question de savoir si la personne au domicile de laquelle se trouve la malade qui a reçu les soins d'un médecin qui ne la traite pas habituellement, est susceptible de solutions diverses ; *mais qu'il est absolument admis par la jurisprudence que certains parents et entre tous les père et mère qui font ou laissent en leur domicile donner des soins médicaux à leur enfant, peuvent être tenus personnellemenr et directement au paiement des honoraires du praticien*; qu'ils ne sauraient en effet être assimilés à des tiers qui, mus par un sentiment d'humanité, se borneraient à faire soigner une personne à qui ils auraient fourni l'hospitalité ou qui fortuitement deviendrait malade chez eux ;

Qu'en faisant donner les soins que comportait son état à sa fille, délaissée depuis quelque temps déjà par son mari, et qu'elle avait cru devoir recueillir en sa maison, et peu après à l'enfant dont celle-ci était accouchée, la dame D. *a rempli un devoir naturel et primordial dont l'accomplissement entraîne l'obligation de payer les honoraires du praticien* qui a donné ses soins à sa fille et à son petit-fils.

Attendu que celui-ci, toutes questions d'humanité mises à part, a dû d'ailleurs prendre en considération le lien qui unissait la malade à Madame D. au domicile de laquelle il était appelé ; qu'au surplus celle-ci a commis une faute engageant sa responsabilité en ne lui faisant pas connaître d'avance qu'elle n'entendait pas payer ses honoraires.

Attendu quant aux dépens, qu'ils doivent être mis à la charge de la partie qui succombe.

Par ces motifs :

Le Tribunal de Paix du 3e canton de Marseille, siégeant Monsieur Louis-Maire-Eugène Mallet, avocat, juge suppléant en l'absence du juge de paix, assisté de Maître Guiral, greffier, donne défaut contre les époux R., autorise d'office la dame R. à ester en justice, et, pour le profit, statuant contradictoirement à l'encontre de la dame D. et en premier ressort, les condamme, conjointement et solidairement, à payer au Docteur Fanton la somme de cent cinquante-cinq francs, montant, savoir : 1° celui de cent francs pour prix d'accouchement et 2° celle de cinquante-cinq francs pour soins consécutif, et ce avec les intérêts tels que de droit. Les condamne en outre, toujours conjointement et solidairement, aux dépens de l'instance liquidés à la somme de neuf francs, ainsi qu'aux frais du présent jugement et ceux de levée et signification s'il y a lieu.

Ce jugement, je l'ai fait signifier aux intéressés, et, si je suis resté si longtemps à vous le communiquer, c'est que je voulais savoir la suite qu'il aurait, auprès du sieur R., parti pour Madagascar. Voilà six mois bientôt et je n'ai pas eu de réponse. La dame D. et sa fille, la dame R., se sont d'ailleurs décidées à me régler sans attendre de connaître l'avis de Monsieur R.

Encore une fois, très honoré confrère, mes remerciements à vous et à la Société du *Concours médical* qui, par les documents que vous m'avez fournis, m'avez permis d'éclairer la bonne foi du juge.

Veuillez agréer, etc.

Dr Fanton.

N. D. L. R. — C'est pour rendre des services de ce genre que nous avons créé le *Sou médical* ; notre confrère a pu profiter des premiers documents que nous avons rassemblés pendant l'organisation de la Société nouvelle. Nous le félicitons de son succès ; nous le remercions de nous avoir envoyé le jugement et le récit qui l'accompagne, pour en faire profiter ses confrères, et le *Sou médical* sera heureux de le compter parmi ses adhérents, puisqu'il a fait preuve de solidarité agissante.

CORRESPONDANCE

La bicyclette et les hémorrhoïdes.

M. le Dr Devoisins, de Breteuil-sur-Iton, nous avait demandé quelle était la selle de bicyclette à conseiller aux hémorrhoïdaires.

Nous avons transmis la question à M. le Dr J. Championnière, que nous remercions d'y avoir répondu par la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Il m'est facile de répondre à la question que vous me posez, parce qu'elle m'a été posée bien souvent.

Si les hémorrhoïdaires n'ont pas de ces gros paquets qui sont justiciables d'une opération, ils supporteut bien la bicyclette, à la condition d'avoir une selle avec laquelle l'anus ne porte pas sur une saillie. Or il y a bien des selles remplissant ces conditions, creusées en gouttière.

Les meilleures sont certainement, aujourd'hui, la selle Christy ou la selle Lamplugh, sans bec. Cette dernière doit être celle du dernier modèle, parce que les modèles les plus anciens étaient assez difficiles à monter.

Chez les sujets, qui ont le périnée et les fesses très sensibles, j'ai vu adapter avec avantage un feutre, par-dessus ces sortes de selles.

Pour les gens, qui veulent une de ces selles avec gouttière médiane, mais qui aiment les selles un peu dures, il existe une selle que l'on ne trouve pas beaucoup dans le commerce, la selle Omnia. On peut s'en procurer en s'adressant à M. Steiner, 13, rue de Chartres, à Neuilly. C'est une des meilleures que je connaisse. Je l'ai fait adopter par un prostatique hémorrhoïdaire, et il s'en est parfaitement bien trouvé. J'estime même la coupe préférable a celle de la selle Christy, quoique cette derniere soit déjà satisfaisante et un peu plus molle.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, la meilleure expression de mes sentiments confraternels et dévoués.

Dr Just Championnière.

25 mai 1898.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Les sociétés locales et la dernière séance de l'Association générale.

Dans tous les départements où la presse médicale a eu à s'occuper des résolutions adoptées par l'Assemblée de l'Association générale des médecins de France, on s'applaudit de voir enfin mettre en pratique les conseils donnés par le *Concours médical* depuis quinze ans. Il nous importe peu qu'on oublie assez généralement de

nous attribuer l'honneur de la paternité en cette matière : nous préférons même croire que chacun s'est tellement bien assimilé nos idées qu'il est arrivé à les croire siennes. Mais, ce qui nous touche, c'est l'unanimité des approbations dans le choix de la ligne de conduite nouvelle.

Nous y gagnons l'espoir que, dans les transformations prochaines, imposées à notre grande société de secours mutuels, l'esprit de progrès saura se faire jour, que les sociétés départementales quitteront leur rôle trop passif pour faire preuve d'initiative, formulant des projets, votant, après étude sérieuse, sur les questions qui leur seront posées, prenant, en un mot, leur part de responsabilité dans l'évolution nécessaire.

Il s'agit, en somme, de la meilleure utilisation à donner, sur le terrain légal, aux trois millions qui furent économisés jusqu'à ce jour. La question vaut qu'on s'y arrête, et nous appelons sur elle l'attention des membres du Concours qui sont unanimement partisans de la bienfaisance mutuelle et de la solidarité.

Syndicat médical de Nice.

Monsieur le Directeur,

Je suis très heureux de vous informer qu'après deux essais malheureux de syndicat médical à Nice, grâce au bon vouloir et à l'énergie d'un groupe de médecins convaincus de l'utilité de cette institution, nous sommes enfin parvenus à fonder une Association confraternelle qui a pris pour titre : *Syndicat médical de Nice*.

Le nombre des adhérents de la première heure s'élève à une trentaine environ, mais nous avons le ferme espoir de le voir bientôt grossir : il suffira pour cela que les promoteurs prêchent d'exemple et corroborent par la propagande leur louable initiative.

Au nom du syndicat que je représente, je m'empresse de vous adresser par ce même courrier deux exemplaires des statuts qui, dans une réunion préparatoire, ont été présentés par un bureau provisoire, discutés article par article et définitivement adoptés. J'ai ajouté à la dernière page de ces exemplaires le nom des membres du bureau pour que vous en ayez connaissance.

Affilié depuis bien des années au Concours médical, je saisis cette circonstance pour vous affirmer à nouveau tout l'attachement que nous portons à votre œuvre de solidarité, complétée si heureusement par celle des Syndicats fondés aussi par le Concours, pour resserrer plus étroitement encore les liens de sincère confraternité entre les membres de notre corporation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr Bermondy,
Président du Syndicat médical de Nice.

Le Concours est très sensible aux constatations de ce genre, qui lui parviennent. Il regrette vivement de ne pouvoir les reproduire toutes et souhaite bonne chance au nouveau Syndicat, à son distingué président, et aux membres du Bureau :

MM. Barralis, vice-président,
Gazzola, secrétaire général,
Alliez, trésorier,
Revel, } Secrétaires.
Bensa, }

Nous ne reproduisons pas les statuts, qui se rapprochent beaucoup, c'est évident, de ceux de toutes les associations similaires et sont conçus dans le même esprit de sagesse et de modération.

Mais nous avons été frappés d'y rencontrer un article 5 ainsi rédigé :

« Art. 5. — Le Syndicat médical de Nice se « compose de tous les médecins régulièrement « diplômés en France, qui ont leur résidence à « Nice depuis deux ans au moins, à partir du « jour de l'enregistrement de leur diplôme à la « Préfecture et au greffe du Tribunal civil, et qui « adhéreront aux présents statuts.

« Toutefois, la durée du stage pourra être ré« duite ou supprimée lorsque la demande du can« didat aura été signée par dix membres du « Syndicat. »

Nous comprenons bien que les fondateurs ont voulu, pour assurer la vitalité du groupe, n'y faire entrer que des membres ayant pleine conscience de leurs obligations, et déjà assez habitués à la clientèle pour en concilier les exigences avec celles de leur contrat de solidarité.

Mais, quand ils auront réfléchi que les Syndicats sont surtout faits pour donner aux jeunes l'éducation professionnelle, quand surtout, l'existence du groupe sera assurée par les actes et les services rendus, nous ne doutons pas que nos confrères de Nice fassent disparaître cette obligation du stage, qui prive les débutants des conseils et de l'appui dont ils ont particulièrement besoin.

Syndicat médical de Lot-et-Garonne.

M. le Dr Cassius (de Layrac), nous informe de la reconstitution du syndicat de Lot-et-Garonne, qui compte dès aujourd'hui une quarantaine de membres.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le Dr Lepage, agrégé de la Faculté de Paris.— Tous nos lecteurs seront heureux d'apprendre la nomination au grade d'agrégé de M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux, et l'un des collaborateurs du *Concours médical* : tous aussi seront heureux de se joindre à nous pour lui adresser de cordiales félicitations.

C'est une satisfaction pour le *Concours*, qui comptait déjà parmi ses collaborateurs MM. Barette, professeur à la Faculté de Caen, et Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris.

Journalistique. — Nous apprenons que M. le Dr J. Noir remplace M. le docteur Marcel Baudouin comme secrétaire de la rédaction du *Progrès médical.*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4276. — M. le docteur Laumet, de Plancy (Aube), membre de l'Association amicale des médecins français.

N° 4277. — M. le docteur Tillier, de Marcigny (Saône-et-Loire), membre du Syndicat de Charolles.

Le Directeur-Gérant : A. Cézilly

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 24 11 JUIN 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Mon cher Directeur,

Je vous demande la permission, en acceptant la tâche que vous venez de me confier, dans le dernier numéro du *Concours*, de dire à nos lecteurs, en même temps qu'à vous, combien je suis touché de l'honneur que vous me faites.

Etre choisi par le fondateur du Concours médical, des Syndicats, et d'Œuvres de prévoyance si prospères, pour l'aider à développer encore l'action du journal, qui est l'organe de ces Sociétés, constitue un véritable titre à ambitionner.

Vous voulez bien dire que j'étais quelque peu désigné pour ce rôle. Mais laissez-moi rappeler que si j'ai pu rendre quelques services à la grande cause de la solidarité professionnelle, cela tient à ce que je n'ai jamais cessé de m'inspirer de vos idées, de vos conseils ; à ce que vous m'aviez préparé, au sein du *Comité de Direction*, un accueil qui restera dans mes plus chers souvenirs ; à ce que vous m'avez mis, enfin, par un effacement volontaire, en bien des circonstances, à même de tenter, pour la satisfaction des membres du Concours, ce que vous eussiez souvent mieux réalisé vous-même.

La note personnelle que vous m'autorisez à donner désormais, ne saurait donc en rien s'écarter de la ligne de conduite qui fut toujours la vôtre, et qui a pour elle l'expérience et le succès sans cesse accru. La nouveauté des circonstances et la recherche de progrès nés de celles-ci n'entraîneront jamais le changement du but, ni même l'illégitime modification des moyens.

C'est dans ces dispositions, cher Directeur, et en me joignant à vous pour réclamer la bienveillance, la confiance, et l'appui de tous les nôtres, collaborateurs, amis, lecteurs fidèles, que je vous apporte la promesse de tous mes efforts et de tout mon zèle, et vous prie de croire à l'attachement profond

De votre dévoué rédacteur en chef,

Dr JEANNE (de Meulan).

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose.

La discussion, que l'Académie a entreprise sur la prophylaxie de la tuberculose, se continue par l'exposé des conseils des médecins militaires, MM. Vallin et Kelsch. Pour M. Vallin, la première et la plus importante des mesures hygiéniques est celle qui consiste à recueillir les crachats dans un crachoir d'appartement, contenant une solution d'acide phénique. La population parisienne montre malheureusement une assez grande répugnance pour l'acide phénique et préfère le sublimé qui, d'ailleurs, stérilise parfaitement les crachats. Il faut une solution de 2 grammes de sublimé pour 1.000, cette solution devant être elle-même affaiblie par les crachats. Il est facile d'éviter les dangers que pourrait amener la toxicité de cette solution, en lui donnant une coloration spéciale. Il n'est pas indispensable que la stérilisation des crachats soit absolue. M. Grancher propose même de verser dans les crachats de l'eau simple pour les empêcher de se dessécher.

Un autre désinfectant, qui ne paraît pas avoir été étudié, c'est l'aldéhyde formique à 5 p. 1000.

Il ne suffit pas d'avoir un crachoir, il faut s'en servir ; si l'on commence par le prescrire aux seuls phtisiques, ce sera signaler ceux-ci à l'attention des autres personnes ; il faut donc le prescrire à toutes les personnes qui toussent ou qui crachent.

M. Kelsch. Mes investigations comme médecin inspecteur de l'armée ont porté sur le tiers de la France ; j'ai vu des crachoirs de tous les systèmes, remplis des corps les plus variés, sciure de bois, sable, coke même. Dans la plupart des locaux, les parois sont blanchies à la chaux tous les six mois, les fenêtres sont ouvertes toute la journée. A l'hôpital, les tuberculeux avérés sont écartés, autant que possible, des autres malades, les objets qui ont servi à leur usage personnel sont désinfectés avec soin par les appareils de Geneste et Herscher. J'ai vu déployer contre la tuberculose des efforts sincères et soutenus.

Tout n'est cependant pas pour le mieux dans le meilleur des mondes ; ce serait parfait s'il n'y avait pas constamment des contraventions aux mesures prises. Il faut que le médecin s'applique à faire pénétrer sa conviction dans l'esprit de tous ceux, qui doivent surveiller l'application de ces mesures.

M. Grancher ne vise guère que la cause première de la tuberculose, le bacille ; les causes accessoires sont cependant primordiales dans la tuberculose ; toutes les causes de déchéance peuvent mener à la tuberculose. La phtisie ne désarme pas dans les casernes parce que la force de réaction contre le bacille varie dans d'énormes proportions. L'accroissement successif d'un type morbide est souvent l'effet d'un changement passager ou permanent du terrain sur lequel tombe le microbe.

Il nous paraît intéressant de rapprocher des discussions de l'Académie sur la tuberculose et sa prophylaxie, les instructions formulées à l'usage de la population par le collège médical de Hambourg :

1° La tuberculose fait mourir chaque année plus d'individus que toute autre maladie, et l'on peut dire qu'il n'existe pas de maladie qui nuise davantage aux forces et à la prospérité du peuple.

2° Cette affection frappe le plus souvent les poumons. Mais elle peut atteindre encore d'autres organes et en particulier les glandes, les os, les articulations. Ces différentes formes de la tuberculose peuvent se compliquer ultérieurement de phtisie pulmonaire.

3° La maladie est contractée par l'homme sain de deux façons principales, par l'expectoration d'individus atteints de tuberculose pulmonaire (phtisie pulmonaire) et par le lait de vaches tuberculeuses.

Après l'introduction du germe de la maladie, il se passe des mois, quelquefois des années, avant que se manifestent les conséquences de la contagion.

4° La contagion par l'expectoration peut avoir lieu directement par la toux. Bien plus souvent l'expectoration contagionne de la façon suivante : projetée sur le sol, les murs, les mouchoirs, les vêtements, les meubles, elle sèche, se réduit en poussière qui est respirée par les individus bien portants.

Les enfants sont particulièrement exposés au danger, non seulement parce que la réceptivité pour la maladie est très grande à leur âge, mais parce que, jouant souvent par terre et habitués à porter à leur bouche leurs mains sales et leurs jouets, ils ont plus facilement contact avec l'expectoration réduite en poussière.

La réceptivité s'accroît quand l'organisme est affaibli par une cause quelconque (accouchement, maladie), et chez les enfants en particulier pendant la rougeole et la coqueluche.

Les germes de la maladie peuvent pénétrer chez les gens sains par toutes les petites plaies (éruptions humides de la peau, écorchures dues à la présence de parasites, dents malades).

5° Pour diminuer la contagion par l'expectoration, il est nécessaire que tout individu atteint de toux place sa main devant sa bouche quand

FEUILLETON

Premières consultations.

Puisque le flot monte toujours et que nos jeunes confrères ne veulent pas attendre, pour entrer dans la carrière, que leurs aînés n'y soient plus ; puisque, malgré les avertissements, les cris d'alarme, la pléthore ruineuse, les tenaces et ancestrales calvities, qui reluisent dans l'ombre, détenant les postes et les sinécures que l'on convoite, ils tentent en rang serrés l'assaut des forteresses à clientèle, envahissent la ville et les champs, il ne sera pas superflu de donner, à ces éphèbes, un avant-goût des félicités professionnelles qui leur sont réservées.

Qu'il me soit permis de tirer quelques instantanés de l'avenir qui les attend, sous le règne de notre aimé souverain, Félix dit le Bel.

F. Regnault a déjà raconté avec beaucoup d'esprit (et illustrations à l'appui) sa première consultation. Il vit successivement défiler, au lieu des malades qu'il avait espérés, un courtier d'assurances sur la vie, un prétendu confrère dans la misère, qui venait implorer un secours ; un commissionnaire en librairie vendant des dictionnaires et des traités de pathologie au rabais, avec de grandes facilités de paiement ; la veuve d'un médecin, dans le besoin ; un garde-malade, un masseur venant directement de Stockholm ; une dame à l'air engageant, aux appâts rebondis, qui portait en ville, contre espèces sonnantes ; une dame vénérable qui quêtait pour une bonne œuvre ; un marchand d'instruments de chirurgie, etc.

« Et lorsqu'éreinté, écœuré, enragé, je suis parvenu à vider mon salon et à y jeter un coup d'œil scrutateur, il était dégoûtant : les tapis maculés, les sièges fatigués, les livres marqués par des mains sales ; un petit bronze, un petit vase et la médaille du centenaire de Chevreul avaient disparu. »

Le docteur Véron, avant de devenir directeur de l'Opéra, a lui-même précisé comment une célébrité de médecin, qui prend naissance dans une loge de portier, monte souvent jusqu'au premier étage et rayonne même dans plus d'un arrondissement. — Il avait commencé par soigner avec succès une pauvre concierge, et cette cure merveilleuse devint la nouvelle de tout le quartier. Peu de temps après, il avait trois clients, dont une dame riche, mais surchargée d'embonpoint, chez laquelle il ne parvint pas à pratiquer une vulgaire saignée, après deux tentatives infructueuses. Il fut grossièrement congédié ; le jour même de sa grandeur fut celui de sa décadence ; une maladresse fit crouler tous les châteaux de cartes de sa prompte célébrité. — L'humiliation se mêlant à son désespoir, il dé-

il tousse, et qu'il ait soin de cracher dans un crachoir ou un vase spécialement destiné à cet usage.

Les gens bien portants qui ont à s'occuper de personnes atteintes de la poitrine doivent veiller à ce que cette prescription soit exactement remplie.

Tout tuberculeux qui manque à la prescription précédente compromet la santé de son prochain et surtout celle de sa famille qui habite avec lui.

Un phtisique qui exécute soigneusement cette prescription n'est pas dangereux pour son entourage.

6° Il est à recommander de placer des crachoirs dans tous les locaux où il vient beaucoup de monde ; ils sont nécessaires partout où se trouvent des tuberculeux.

Pour remplir les crachoirs on se servira de préférence de sciure de bois humide, de ouate de bois, de tourbe ou encore d'eau.

Le contenu des crachoirs doit être souvent renouvelé ; on le brûlera si possible, mais on ne le jettera jamais avec les balayures. Les crachoirs remplis d'eau seront vidés aux cabinets.

7° Les vêtements, linges et effets souillés par l'expectoration des phtisiques doivent être soigneusement lavés ; le mieux est de les faire bouillir ou de les désinfecter.

8° Dans les locaux où se tiennent des phtisiques, il faut maintenir une propreté rigoureuse, une aération large et faire pénétrer le soleil autant que possible ; en particulier on combattra la poussière en essuyant fréquemment avec un linge humide.

Les locaux où des phtisiques ont longtemps vécu ou sont morts, doivent être désinfectés.

On ne doit pas s'emménager dans un appartement où vient d'habiter un phtisique avant qu'il soit désinfecté.

(Les désinfections sont faites par le service de l'Etat moyennant une taxe modérée fixée par un tarif. Elles sont gratuites quand elles sont faites sur la demande d'un médecin des pauvres ; dans les autres cas, les officiers de police peuvent, après constatation de l'indigence, diminuer la taxe ou la supprimer. Les demandes de désinfection sont reçues dans tous les postes de police).

9° Les phtisiques ne doivent pas partager le lit d'individus bien portants : les enfants doivent être éloignés de la chambre des phtisiques.

Si des phtisiques ont à manier des produits alimentaires ou des vêtements, si des phtisiques vivent habituellement avec des gens sains (dans les écoles, bureaux, ateliers, fabriques), les directeurs de ces maisons, écoles, bureaux, ateliers, doivent leur imposer d'une manière spéciale l'observation de la prescription du paragraphe V et veiller à une stricte propreté.

10° Les femmes tuberculeuses ne doivent pas allaiter d'enfants.

11° La tuberculose des bovidés est une maladie très répandue aux environs de Hambourg ; elle est souvent difficile à reconnaître. Comme les germes de la maladie passent souvent dans le lait des vaches, il faut faire bouillir tout lait avant de le consommer.

12° On peut d'autant plus espérer le rétablissement des tuberculeux qu'ils se sont soumis plus tôt au traitement médical. (*Münch med. Wochen.*, n° 37.)

Eclampsie puerpérale.

M. *Vinay*, de Lyon, rapporte l'intéressante observation d'une femme de trente-neuf ans, enceinte pour la quatrième fois, s'étant bien portée et n'ayant jamais présenté d'albuminurie jusqu'au sixième mois de sa grossesse. Cette femme fut prise, brusquement, de céphalalgie, d'albuminurie et d'accidents convulsifs ; en quelques heures elle tomba dans un coma profond, avec les lèvres cyanosées, les réflexes cornéens abolis et une température de 39°2. L'anurie était presque complète. On n'entendait pas les bruits du cœur du fœtus. M. Vinay pratiqua aussitôt, sous le chloroforme, la dilatation graduelle du

---

clara, solennellement, par le serment le plus terrible, qu'on ne l'y reprendrait plus, qu'il désertait la bannière d'Hippocrate et voulait servir un autre maître.

C'est ainsi qu'il abandonna l'exercice de notre art pour une direction théâtrale.

Je souhaite qu'une compensation analogue ou quelconque soit réservée aux premiers déboires de nos cadets, mais je les engage à ne pas trop y compter. — Qu'ils ne s'attendent même pas à couvrir leurs dépenses, au moins durant les 15 ou 20 premiers mois d'exercice.

Puisqu'il n'y a plus d'épidémies, puisqu'on ne meurt plus, il n'y a plus moyen de vivre.

Dans les petits endroits, ils seront certainement occupés et ils auraient lieu d'être satisfaits, si la rémunération était en rapport avec les soins demandés. Tout nouveau venu, précédé ou non d'une bonne réputation, a le don d'exciter les curiosités locales, d'éveiller les espoirs endormis d'un tas de cacochymes, aussi désireux de guérir que peu solvables. — Tous ceux qui n'ont jamais payé les anciens et n'osaient plus les faire appeler, se précipitent avec empressement chez leur concurrent frais émoulu, assurés du crédit au moins pour un certain temps. — Ils sont même capables de se démener beaucoup en votre faveur, de célébrer vos mérites avec emphase auprès de leurs connaissances, si vous leur avez procuré le soulagement longtemps attendu ; s'ils peuvent vous amener un autre chronique abandonné, ils le feront volontiers ; mais ce qu'ils ne feront pas, ce sera de transformer leur gratitude en pièces de monnaie, blanches ou jaunes, à l'effigie de la République ou d'un tyran quelconque.

Du moment où le médecin a débuté, il ne s'appartient plus, il est devenu la proie d'un public exigeant et critiqueur, qui l'accusera d'inexpérience, s'il est prudent, qui le traitera d'audacieux, de charcutier, s'il est actif et plein de décision.

Même lorsqu'il aura réussi à tirer quelque client d'un mauvais pas, on ne manquera pas de dire que la maladie n'était pas bien grave et que la victime ne doit son salut qu'à la robustesse de son coffre, ou à l'administration de quelque tisane donnée subrepticement par un herboriste ou une parente, qui ont la prétention d'en savoir autant que le médecin.

Dans son intéressant petit livre, *Guide de l'étudiant et du praticien*, le docteur Léon Cassine consacre un chapitre aux déboires de la carrière médicale. — Il raconte, entr'autres choses à retenir, que les mauvais payeurs, dès qu'ils ont changé de médecin, pour ne pas avoir à s'acquitter, ne manquent jamais de le vilipender, de chercher à lui faire tort. C'est parce qu'il était négligent, léger, bavard, ne venait jamais quand on le demandait, qu'on l'a quitté. — C'est de l'ingratitude voulue, préméditée, con-

col, pénétra dans l'utérus, fit la version et amena un enfant mort. Il fit pratiquer l'anesthésie chloroformique pendant quatre heures, après cet accouchement forcé qui n'avait demandé que vingt minutes. Il fit une injection sous-cutanée de 3 litres de sérum artificiel, dans l'espace de une heure et demie. Le rein devint perméable. La malade rendit des urines albumineuses. Les crises d'éclampsie se sont définitivement arrêtées à partir de six heures du soir. Le lendemain cette malade était aussi bien que possible. Les suites de couches furent normales et cette femme est actuellement guérie.

Il est écrit, dans les traités classiques, qu'il faut attendre pour pratiquer l'accouchement prématuré. M. Vinay fait observer que s'il avait attendu dans ce cas, sa malade aurait certainement succombé. La première intervention ici devait être l'accouchement prématuré. M. Vinay insiste également sur l'utilité, dans ces cas, des injections de hautes doses de sérum artificiel.

Le redressement du Mal de Pott.

M. *Calot*, de Berck, a présenté à l'Académie une vingtaine de malades atteints de mal de Pott et redressés par son procédé.

La première série comprend quatre enfants qui permettent de se rendre compte du traitement actuellement employé.

M. Calot fait marcher ses malades quelques semaines après le redressement, si le mal de Pott paraît éteint, quelques mois après seulement, si le mal de Pott est encore en évolution active ; et ils marcheront pendant toute la durée du traitement.

M. Calot insiste sur cette modification du traitement qui, en leur permettant d'aller et de venir, a eu le plus heureux retentissement sur l'état général de ses enfants et paraît favoriser plutôt la consolidation du rachis.

Mais cela n'est possible que grâce à la bonne construction d'un grand appareil, embrassant le tronc et emboîtant la base du crâne, appareil qui maintient très exactement la colonne vertébrale sans empêcher la marche.

Ce grand appareil plâtré est remplacé par un simple corset, dès qu'il existe un commencement de consolidation, c'est-à-dire après quatre à huit mois environ.

Le petit corset sera maintenu un an, deux ans et même davantage si cela paraît nécessaire pour assurer la rigidité du rachis ; mais, avec ce corset, pas ou peu apparent sous les vêtements, les enfants peuvent aller en classe et vivre de la vie de tous les enfants. M. Calot montre deux sujets qui vont et viennent avec un grand appareil plâtré emboîtant la base du crâne et deux enfants avec le petit corset.

La deuxième série comprend 3 enfants destinés à montrer les heureux effets du redressement au point de vue de la paralysie ; ces enfants ont été guéris de leur paralysie dans les huit jours qui ont suivi le redressement.

La troisième série comprend douze enfants destinés à montrer les bons résultats obtenus au point de vue de la correction de la difformité.

Avec le premier de ces enfants nous avons un type de la petite gibbosité datant de quatre à six mois au moment du redressement. Mais M. Calot n'insiste pas sur les cas de cette variété, puisque le redressement est ici accepté par presque tous les chirurgiens.

Les quinze suivants avaient des gibbosités vieilles de un an à dix ans et dont le relief allait de 4 à 5 centimètres à 10 et 12. Pour celles-là, le redressement est, comme on le sait, plus discuté. M. Calot montre les bons résultats qu'on peut obtenir même dans des cas de cette variété.

Enfin, la quatrième série est formée par les six enfants déjà présentés à l'Académie par M. Calot et qui sont dans le même état qu'au moment de leur première présentation, c'est-à-dire guéris.

---

tre laquelle, nous sommes tout à fait impuissants.

Heureux encore si, dans le nombre, il ne se trouve pas quelque grincheux, qui, encouragé par de fâcheux précédents, ne se décide à essayer du chantage et à réclamer d'importants dommages-intérêts, parce qu'on a envoyé trop vite sa belle-mère dans une autre planète. Il n'y a pas si longtemps que divers procès de ce genre viennent d'être intentés à des médecins, sous prétexte qu'ils n'avaient pas usé de toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique, ou même de celles qui sont indiquées à la quatrième page des journaux, pour conserver à la tendresse d'un finaud quelconque des parents, dont au fond il est enchanté d'être débarrassé.

Dans cet ordre d'idées, puisque la mauvaise foi des populations n'a pas été trop découragée dans ses premières tentatives, on doit s'attendre aux surprises les plus désagréables.

On ne tardera pas, soyez-en sûr, à chercher à battre monnaie à nos dépens, comme si l'escarcelle du plus grand nombre n'était pas l'image du vide. — Mais allez le leur faire comprendre ; ils se figurent tous que le médecin a des coffres-forts qui regorgent, ou quelque trésor mystérieusement enfoui, au fin fond de son humble logis.

La légion des neuro-arthritiques vient en première ligne pour fournir des clients rémunérateurs, mais combien exigeants, combien facilement disposés à prendre la tangente, à porter leur confiance ailleurs, dès qu'on n'allège pas rapidement leur existence des mille riens, troubles organiques, malaises, émotivités, instabilités et impuissances fonctionnelles qui l'empoisonnent.

Et encore, la thérapeutique pathogénique du neuro-arthritisme n'a qu'un temps, ses heures sont comptées, comme le proclamait naguère le professeur Landouzy (Leçon-programme, 8 nov. 1897) ; il lui faut se faire hâtive, si elle veut pouvoir agir sur l'humorisme et le dynamisme du malade, alors que celui-ci n'a conquis encore que les premiers et les plus minces grades dans l'arthritisme, avant le travail de sclérogénèse qui caractérise l'organopathie de l'arthritique.

A ce moment, le médecin philosophe n'aura plus qu'à savoir supporter gaiement les douleurs..... des autres, et à se souvenir que la reconnaissance fait comme la fièvre : elle est à son summum au point culminant de la maladie, elle s'atténue aux approches de la convalescence et disparaît avec le rétablissement. — Lorsqu'on est guéri, on veut bien rendre visite aux gens qui vinrent prendre de vos nouvelles, comme le conseille le Manuel du savoir vivre, mais on se garde bien de frapper à la porte du médecin, qui pourrait en abuser lâchement pour remettre sa petite note.

Comme les débutants n'ont pas à soigner d'abord

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Professeur DIEULAFOY.

Néphrite syphilitique précoce. — Syphilis du rein.

La syphilis peut attaquer le rein aux différentes périodes de son évolution et vous allez voir, Messieurs, que, bien souvent, ses attaques sont importantes et graves.

Au début de l'infection spécifique, pendant la première année, surtout dans les deux ou trois mois qui suivent le chancre, on peut observer une véritable néphrite syphilitique précoce, affection toujours sérieuse, souvent mortelle, il faut bien le savoir. Plus tard, c'est-à-dire deux ans, dix ans, vingt ans après l'accident initial, les manifestations rénales de la syphilis sont de toute autre nature : il ne s'agit plus alors de néphrite, mais de syphilis rénale.

Etudions d'abord la néphrite syphilitique précoce et ici, comme toujours en pareille circonstance, nous allons examiner les cas cliniques eux-mêmes.

Voici d'abord l'histoire de deux malades de notre service, l'un et l'autre entrés pour des accidents analogues : le premier, au soixante-dixième jour d'une infection spécifique, fut pris tout à coup d'un œdème des membres ayant très rapidement gagné l'abdomen, pour se généraliser enfin. Nous le vîmes alors en pleine anasarque, avec 22 grammes d'albumine par litre d'urine. Mis au régime lacté, au traitement mercuriel et ioduré, ses œdèmes ont rapidement regressé, son poids tomba de 66 à 56 kilogrammes, et pendant qu'il perdait ainsi dix kilogrammes de sérosité, l'albumine se réduisait elle-même, à douze grammes, à deux grammes, à un gramme, puis enfin à des traces indosables. Après quatorze jours de traitement, nous pouvons le considérer comme guéri ou presque, de son affection rénale.

Le deuxième malade fut atteint dans les mêmes conditions d'œdèmes, d'albuminurie (seize grammes) et soumis à un traitement semblable. Malheureusement, malgré la médication, la dyspnée, les œdèmes ont progressé et il a succombé avec des phénomènes aigus d'infection, rougeur érysipélateuse de la peau, etc..

J'ai observé également, il y a trois ans, avec M. Siredey, un jeune homme qui succomba d'une façon identique, avec de l'anasarque, des œdèmes partout, de fortes doses d'albumine, au cours d'une syphilis de quelques mois.

Aussi, quand on veut bien réfléchir à cette néphrite syphilitique précoce, la première impression, qui s'en dégage, est la gravité de cette manifestation. Combien sommes-nous loin, de l'opinion vulgaire, très accréditée, considérant la syphilis, comme bénigne et sans danger au début ? Eh bien ! voilà des malades dont le chancre date à peine de deux ou trois mois, l'ulcère est cicatrisé ou peu s'en faut, la roséole est insignifiante et cependant, tout à coup, en vingt-quatre heures, en deux ou trois jours, l'œdème s'empare des membres, se généralise et le patient se transforme en une éponge. Vous examinez les urines et vous y trouvez dix grammes, vingt grammes, cinquante grammes d'albumine par litre.

Rien assurément, n'est comparable à cette néphrite syphilitique précoce, pas même les néphrites scarlatineuses, dont l'évolution est pourtant si rapide.

Et en reprenant maintenant quelques-unes des observations rapportées par les auteurs, nous les trouvons toutes analogues, elles nous montrent :

1° La précocité de la néphrite survenant au huitième, au sixième, au cinquième, au troisième mois, au deuxième mois surtout. On dirait que plus on se rapproche du chancre, plus la néphrite devient fréquente et réciproquement : lorsqu'il a doublé le cap de la première année, le syphilitique est presqu'à l'abri de cette terrible complication.

---

les utérus et les bedaines de qualité, il ne faudra pas que leur récente érudition se montre trop offusquée, si quelque commère vient les réclamer pour un entant qui a *le ver célibataire*, ou la *danse du syndic*, ou encore pour un vieillard qui est *en liturgie* à la suite *d'une apoplexie sérieuse*.

Qu'ils ne le prennent pas de trop haut et se gardent de sourire, si Mme Cardinal leur raconte qu'elle vient d'appliquer *un cataplasme humiliant* à son mari, *qui est affligé d'une pretention d'urines* et souffrait aux *pyrénées*; si la maman Moulard leur affirme avoir une *distinction de voix*, pour laquelle une *salubrité médicale* lui a prescrit du *corail de potasse*.

Ce sont des coq-à-l'âne, dont ils devront prendre leur parti, comme d'une foule de bévues invraisemblables qui les attendent. — Exemples : 1° La mésaventure de ce confrère, qui avait été brutalement frappé par un ivrogne, lequel prétendit devant le tribunal que la victime étant son médecin, il était en droit de légitime défense.

2° Le sans-gène d'une paysanne, qui surprenant son bon docteur à table, s'empresse de lui narrer que son homme vient de rendre quasiment autant de bile qu'il y a de potage dans l'assiette qu'il est en train de vider.....

Quelques conseils pour terminer :

Si un rustaud s'oublie dans notre cabinet et laisse échapper un bruit aussi incongru qu'inférieur, au lieu de le mettre à la porte, contentez-vous de penser : *Spiritus flat ubi vult !*

Montrez-vous généreux et faites un rabais, si un homme d'esprit vous écrit : Vous avez réduit fort adroitement ma fracture, vous devriez bien aussi réduire ma facture.

N'ayez pas à votre service de domestique inepte, qui réponde lorsqu'on vieudra vous chercher pour un cas pressé : Oh ! soyez tranquille, il ne vous fera pas attendre, il n'a rien à fiche !

Défiez-vous des compliments, des protestations, de tous les êtres qui veulent forcer votre intimité : un nouvel ami, c'est un malade de plus à soigner gratuitement.

Et maintenant, mes jeunes amis, vous voilà prévenus ; brandissez votre microscope et feuilletez votre formulaire ; escomptez par avance les félicités indescriptibles qui vont illuminer la trame de vos jours.

Je vous souhaite beaucoup de plaisir et de fructueuses recettes.

Dr GRELLETY (de Vichy).

2° L'intensité de l'albuminurie, qui est véritablement considérable ; alors que nos brightiques ordinaires ont un gramme, deux grammes, trois grammes d'albumine par litre, les individus atteints de néphrite précoce, en ont des doses énormes, 6 grammes, 11 gr., 20 gr., 32 gr., 53 gr. par litre.

Les observations nous montrent également qu'un malade peut avoir une syphilis des plus bénignes, un rein absolument sain et malgré cela, être pris brutalement d'œdème, d'anasarque, d'épanchement dans les séreuses.

Le début de la néphrite précoce est, en effet, brusque ; son évolution est rapide, elle ne dure guère plus de sept, huit ou dix semaines. Particularité importante : ici, vous n'observerez jamais d'accidents urémiques, pas de convulsions, pas de délire, pas de coma, car la dépuration urinaire n'est pas supprimée. Les malades meurent, imbibés de sérosité partout, dans les plèvres, le péricarde, le péritoine ; ils meurent souvent aussi d'infections secondaires, d'érysipèle ; en un mot, ils succombent infiltrés et infectés. A l'autopsie, on constate des lésions de néphrite diffuse subaiguë, principalement développées sur les épithéliums, tout le reste étant en bon état.

Nous allons maintenant étudier une autre manifestation rénale de la syphilis, dont la caractéristique cette fois, au contraire, est d'être tardive, d'apparaître longtemps après le chancre. Il s'agit bien certainement, là, de syphilis du rein, puisque l'anatomie pathologique révèle la présence de gommes, de scléro-gomme, de dégénérescence amyloïde, etc...

A côté de la démonstration anatomique, il y a d'ailleurs la preuve clinique. Un malade se présente avec des symptômes d'urémie, des convulsions, de la dysnée, puis du coma ; vous l'examinez, vous trouvez des syphilides cutanées. Vous donnez alors le traitement spécifique ; le malade guérit rapidement, en dix ou quinze jours, et vous êtes parfaitement en droit d'affirmer qu'il y avait syphilis du rein.

La symptomatologie de cette syphilis rénale est celle des néphrites chroniques en général, depuis la grande urémie comateuse et éclamptique, jusqu'au mal de Brigth vulgaire, avec tout son cortége de grands et de petit signes : œdème, albuminurie, céphalée, signe de la temporale, doigt mort, crampes aux mollets, etc.

Ce n'est pas tout.

Il existe, vous le savez, des sujets brightiques avérés, qui ont tous les symptômes du mal de Bright, sans jamais présenter de l'albuminurie. Il en est d'autres, par contre, qui restent longtemps albuminuriques, avec un gramme, deux grammes, cinq grammes par litre, sans pour cela jamais devenir brightiques. J'ai appelé ce phénomène : la dissociation des actes morbides du rein, ce dernier laissant passer (ou fabriquant l'albumine ou les substances nocives d'une façon absolument indépendante.

J'ai vu, et beaucoup d'entre nous ont vu, des albuminuriques, qui ne sont pas des brightiques (albuminurie prétendue physiologique de Senator). Eh bien, certains syphilitiques entrent dans cette dernière catégorie de malades : comme la goutte, comme d'autres états morbides encore, la syphilis rénale peut donner de l'albuminurie sans néphrite, sans brightisme.

Ne m'en demandez pas l'explication, je ne pourrais la donner avec exactitude.

Je n'aurais pas fini, Messieurs, si je ne vous disais quelques mots d'un état particulier, fréquent d'ailleurs, que j'ai appelé le syphilo-brightisme. Voici en quoi il consiste : un malade présente à la fois des signes de brightisme, albuminurie, œdèmes, tension artérielle élevée, etc., et des symptômes de syphilis, de la céphalée, une périostite, des lésions cutanées.

Vous le mettez au traitement, tout disparaît et quelquefois tout revient, ensuite, sous une autre forme, pour disparaître d'ailleurs à nouveau avec le mercure et l'iodure.

Que faut-il mettre sur le compte du brightisme et de la syphilis ?

Certainement les deux états sont fusionnés, il y a hybride, syphilo-brightisme, et ces formes mixtes sont fort heureusement les plus communes, car vous n'aurez pas toujours à lutter contre l'urémie ou la dégénérescence amyloïde.

TRAITEMENT

En présence d'un mal de Bright ordinaire, la médication classique est simple : régime lacté, légère révulsion sur les lombes, le tanin pour M. Potain, l'iodure de potassium pour ceux qui y voient l'artério-sclérose.

Mais quand le malade est syphilitique, que faire ?

Voilà un sujet atteint de *néphrite syphilitique précoce*, il a eu son chancre, il y a deux ou trois mois. Donnerez-vous d'abord le régime lacté ?— Oui, et complet, car vous le savez, l'épithélium est lésé et indique le repos absolu du rein.

Il n'en est plus du tout de même, plus tard, dans les syphilis tardives.

Allez-vous donner également le mercure et l'iodure ? — Si vous me demandez mon opinion personnelle, je suis fort embarrassé pour vous répondre, ayant vu des résultats merveilleux et d'autres absolument nuls. L'un de nos malades avait 22 grammes d'albumine et de l'anasarque : il a guéri complètement avec le mercure et l'iodure. Le second, entré dans les mêmes conditions, et avec le même traitement, a succombé, comme si on n'y avait rien fait.

Pour ces néphrites précoces, si terribles, je ne puis rien vous dire d'absolu. Il faut les traiter avec prudence, modération, par petites doses ; faire par exemple des injections sous-cutanées de un milligramme de biiodure ou des frictions avec l'onguent napolitain dilué, mêlé à quatre ou cinq fois son poids de vaseline. Suivez de près l'évolution, inspirez-vous du moment et n'allez pas d'emblée au grand traitement mercuriel. Soyez presque craintifs et rappelez-vous que, dans ces cas, les épithéliums sont très adultérés.

Pour la *syphilis rénale tardive*, c'est bien différent. On n'a alors qu'à se féliciter de donner d'emblée, tout en surveillant bien entendu, des doses assez élevées, quatre à huit grammes d'iodure, les frictions mercurielles ou mieux l'injection sous-cutanée d'huile, contenant 4 milligrammes de biiodure par seringue, en série de quinze piqûres.

Autant tout à l'heure, je vous demandais la prudence, autant maintenant, je vous dis, il faut frapper fort.

CONCLUSIONS.

1° Il existe une néphrite syphilitique précoce apparaissant, deux mois, trois mois, un an au plus tard après le chancre, caractérisée cliniquement par une albuminurie considérable,une anasarque rapide, des épanchements de toutes parts, avec tendance aux érysipèles et à l'infection. — Anatomiquement les lésions sont épithéliales.

2° La syphilis rénale tardive, gomme, sclérogomme,dégénérescence amyloïde, néphrite scléreuse ou épithéliale, se traduit en clinique par toutes les modalités du brightisme vulgaire,urémie, grands et petits signes.

3° La syphilis rénale peut être réduite à de faibles proportions pour constituer ce que j'ai nommé le syphilo-brightisme.

4° L'albuminurie peut exister comme seul symptôme (dissociation des actes morbides du rein).

6° Le traitement sera mercuriel et ioduré, avec le lait comme régime. L'administration du mercure sera surveillée de très près.

(Leçon recueillie par le Dr L. LACROIX.)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'utilité du sérum dans les angines pseudo-membraneuses à staphylocoques ou à streptocoques.

Dans une leçon du Docteur SEVESTRE, publiée dans la *Tribune médicale*, 1898, n° 3, je lis cette phrase : « L'injection (de sérum) est inutile,contre-indiquée, dans les angines pseudo-membraneuses à staphylocoques ou à streptocoques. » Permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions à ce sujet.

On a pu croire au premier abord que le Laboratoire de Bactériologie allait lever toute difficulté, en donnant aux praticiens un diagnostic scientifique ; mais le Laboratoire est loin et, entre la première visite au malade et la réponse à l'envoi des membranes, il s'écoule forcément deux et même trois jours. D'un autre côté, on recommande d'agir aussi près que possible du début de la maladie. Aussi le Professeur Grancher (*Bulletin médical*,14 mars 1897) reconnaît-il la nécessité, pour les médecins de province, d'agir dès que le diagnostic clinique est posé. Il cite même à l'appui de cette opinion la communication de MM. Sevestre et L. Martin, dans lequel ces auteurs recommandent, dans les cas caractérisés, de *faire une première injection, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique.*

Dans leur récent traité *de la Sérumthérapie dans la diphtérie*, MM. Variot et Tollemer réservent le sérum aux diphtéries avérées, reconnues par l'examen clinique, auquel, si je ne me trompe, ils donnent le pas sur l'examen bactériologique, qui n'est d'ailleurs pas à la portée de tous les praticiens (1).

Au lit du malade, il est bien difficile de distinguer la diphtérie des angines pseudo-membraneuses à staphylocoques ou à streptocoques; est-ce même possible ? et je crois que le diagnostic doit se borner à différencier l'angine couenneuse et le croup (vieux style) de l'angine pultacée ; dans le premier cas, on doit injecter immédiatement, quitte à faire contrôler son diagnostic par le Laboratoire.

(1) V. *Concours médical*, 5 février 1898.

J'ai suivi cette règle de conduite ; j'ai fait une injection dans toutes mes angines couenneuses et mes croups et j'ai pu constater le bon effet de ces injections, alors que le Laboratoire me répondait : pas de diphtérie, streptocoques ou staphylocoques. J'ajouterai même que je ne suis pas seul de mon avis et que les Docteurs Desseaux, de Tôtes, et Mosqueron, de Saint-Valéry-en-Caux, et mon excellent confrère le docteur Viard, du Tréport, m'ont autorisé à citer leurs noms à l'appui de la thèse que je soutiens.

Le croup était, paraît-il, inconnu au Tréport avant 1874. Depuis lors, nous avons, comme la plupart des villes, payé notre tribut à la maladie et j'ai pu assister au début d'une épidémie qui a duré dix ans (1874 à 1884) et en connaître tous les cas, grâce à l'obligeance de mes confrères. 97 cas ont été constatés pendant ce laps de temps et ont donné lieu à 47 décès, 48 %.

A la fin de 1894, nous avons eu un retour offensif de la maladie, précédé de quelques cas isolés. Dans cette dernière épidémie d'ailleurs, sauf cinq cas, il a été impossible de trouver la filiation. Je vais examiner ces différents cas.

1° 25 nov. 1894. Enfant de 2 ans, mort le 3 décembre.

2° 6 déc. Voir plus loin.

3° 10 déc. Enfant de 7 à 8 ans, envoyé tardivement à l'Enfant-Jésus, faute de renseignements suffisants. Injecté et intubé à son entrée, meurt le lenlemain ou le surlendemain.

4° 13 déc. 2 ans, malade depuis plusieurs jours, sans traitement, tirage énorme, mort le 14. (La désinfection faite, tant bien que mal, avec les pulvérisations de sublimé et le soufre, dans un logis difficile à désinfecter, n'a pas empêché un autre enfant d'avoir, 15 mois plus tard, une conjonctivite pseudo-membraneuse, pour laquelle a été porté le diagnostic: staphylocoques ou microbes identiques.)

Cette épidémie s'annonçait donc avec une grande gravité, comme la première. Mais un fait considérable se produisit alors ; non la découverte du sérum, mais le *Concours médical* du 15 Décembre 1894 annonçait que l'Institut Pasteur était à même de délivrer du sérum à tout médecin qui en demanderait, même par dépêche. Bien que n'ayant pas de nouveau malade, j'adressai immédiatement une demande télégraphique pour cas grave ; je reçus un tube, et, à chaque nouveau malade, l'envoi d'un échantillon de membranes fut suivi de l'expédition d'un nouveau tube ; je pus donc faire toujours l'injection aussitôt mon diagnostic posé.

Sauf les deux premiers malades injectés avec ce sérum (1), pour lesquels je ne reçus pas de diagnostic de l'Institut Pasteur, pour tous les autres le diagnostic bactériologique fut établi par le Laboratoire de Rouen et je ne saurais trop remercier le Docteur Nicolle pour ses recherches, la plupart à titre gratuit, vu la situation des familles.

Trois décès se produisirent encore cependant :

(1) Pour l'un des deux, on peut admettre le diagnostic streptocoques, qui fut porté pour un enfant contaminé par lui.

1e Enfant de 9 mois 1/2, malade depuis un mois; soigné d'abord pour broncho-pneumonie, puis pour diarrhée de dentition. Rappelé le 30 janvier 1898, je trouve une gorge toute blanche et un fort tirage (diphtérie avec streptocoques); malgré trois injections de 20 grammes, faites en désespoir de cause, la mort eut lieu le surlendemain. — 2e Enfant de 2 ans, 13 février 1895; le Docteur Michellet et moi, ne pûmes obtenir des parents affolés, ni prélèvement de membranes pour examen, ni attouchements au pinceau, ni irrigations ; une injection ne nous fut permise qu'*in extremis*. — 4e Enfant de 16 mois, avril 1895, en nourrice à la campagne, ramené avec tirage considérable, injecté immédiatement, mort le lendemain.

Revenons au no 2. Enfant de 4 ans, vu le 6 décembre 1894. Diagnostic de Rouen : pas de diphthérie, streptocoques. Son frère, de 2 ans plus jeune, avait été atteint d'angine couenneuse le 29 mai précédent. avait été trachéotomisé le 1er juin et était mort le 3. (Désinfection faite aux pulvérisations de sublimé et aux vapeurs de soufre). La maladie s'annonçait de la même manière et paraissait vouloir marcher vite. J'adressai le père, mécanicien du chemin de fer du Nord, au Docteur Worms, médecin en Chef de la Compagnie, à la recommandation de qui, il obtint un tube de sérum et je fis ma première injection le 10 décembre au soir. Il y avait du tirage. Dès le lendemain, la transformation fut telle que je ne jugeai pas à propos de recourir de nouveau au docteur Worms.

Nous eûmes un cinquième cas en 1894, 25 décembre, sans diagnostic envoyé de Paris ; mais un enfant contaminé par celui-là eut, d'après Rouen : streptocoques. Une injection assura la guérison.

Cette épidémie nous donna. outre les cinq cas de 1894, vingt cas en 1895, six en 1896 et quatre du 1er janvier au 25 août 1897. Depuis lors, pas de nouveau cas.

Sur les 36 cas, soignés par mes confrères, et par moi, nous avons eu donc 6 décès et 30 guérisons. Sur les 30 guérisons, 3 cas n'eurent pas de diagnostic bactériologique ; j'ignore aussi le diagnostic d'un enfant qui a guéri. Celui du 25 décembre, cité plus haut, peut être compté comme streptocoques, d'après le diagnostic de l'enfant contaminé ; cela fait donc 26 diagnostics bactériologiques qui se répartissent comme suit :

Diphthérie..................	10	11
Diphthérie et streptocoques..	1	
Streptocoques..............	14	15
Staphylocoques.............	1	

Dans les diphthéries, je ne fis pas d'injection dans un cas très léger, pour lequel j'attendis la réponse de Rouen; à ce moment la guérison me parut assurée.

Le Docteur Viard fit deux injections pour un malade et je dus en faire cinq, dans un cas très remarquable, où je fis pour un enfant de trois ans, ayant déjà du tirage (diagnostic : bacilles diphthéritiques) une injection de 20 grammes le jour même, 14 février 1895, une seconde de 20 grammes le 15, une de 10 grammes le 16 ; le 22 je dus faire une nouvelle injection de 20 grammes, les membranes et le tirage ayant reparu ; enfin une dernière injection de 10 grammes le 27, la convalescence paraissant traîner.

Dans les streptocoques ou staphylocoques, pas d'injection dans deux cas très légers où j'attendais la réponse de Rouen et dans lequels, comme la diphthérie citée plus haut, je ne crus pas devoir agir plus énergiquement. Dans tous les autres cas, une seule injection, sauf deux cas où deux injections furent nécessaires et un autre où il en fallut trois. J'ajouterai que tous ces cas ont eu comme traitement, en dehors des injections, les attouchements à la glycérine salicylée 1/20 et les irrigations à la liqueur de Labarraque, 50 pour 1000, comme l'ont recommandé les instructions de l'Institut Pasteur.

Sur les 26 guérisons, nous avons donc 11 diphthéries, 15 streptocoques ou staphylocoques. Cette statistique a peut-être un côté faible ; on pourrait me dire : dans les dix premières années d'épidémie (1874-1884) vous avez eu 47 décès sur 97 cas ; dans l'épidémie actuelle, vous avez sur 26 guérisons 11 diphthéries et 15 angines non diphthéritiques ; la proportion est sensiblement la même et vous avez guéri vos 11 diphtéries grâce au sérum, tandis que vos 15 angines non diphthéritiques ont guéri naturellement, comme les 50 de votre première épidémie.

Soit, mais, outre qu'on peut très bien mourir d'une angine à streptocoques ou à staphylocoques, on m'accordera que cette deuxième épidémie s'annonçait aussi grave que la première, et, de même que j'ai soigné cette fois-ci 22 cas sur 26, dans l'épidémie 1874 à 1884, j'en ai eu, pour ma part, les 2/3, sinon les 3/4 et je ne trouve rien de commun entre les deux épidémies. Dans la première, pour les guérisons, lutte énergique, deux ou trois visites par jour pendant longtemps, incertitude complète, jusqu'au dernier moment, sur le résultat, malgré le recours aux traitements les plus préconisés ; dans l'épidémie actuelle, pour les malades injectés, diphthéritiques ou non, *car même après avoir reçu la réponse de Rouen, nous ne pûmes faire de distinction dans la pratique*, transformation si complète, par le sérum, que le Docteur Viard et moi, n'avons doublé nos visites que pendant deux ou trois jours et que, bien qu'ayant du sérum à discrétion, dans presque tous les cas, une seule injection a été faite. Avant le sérum, incertitude continuelle sur le résultat; avec le sérum, dès la première injection, on tient la guérison ; si cela traîne un peu, une seconde enlève toute inquiétude.

Je crois donc pouvoir conclure, à l'inverse du Docteur Sevestre, que l'*injection de sérum est tout aussi utile et indiquée dans les angines pseudo-membraneuses à streptocoques ou à staphylocoques, que dans la diphthérie.*

Dr Lemaire (du Tréport).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Du soin qu'apportent certains tribunaux dans l'appréciation de nos honoraires

Il convient de signaler les deux faits suivants, pour montrer aux plus incrédules jusqu'où les juges poussent le scrupule, dans certains cas, quand il s'agit d'apprécier les honoraires dus aux médecins.

Mais ce qui mérite surtout d'attirer l'attention, dans les deux curieuses sentences, c'est l'abais-

sement du prix des visites, décrété par ces hommes à larges vues, quand le nombre de ces visites augmente !

Le prix de détail et le prix de gros, apparemment ? Le médecin traité en épicier par ses anciens camarades de la Faculté ! Ah ! si les mœurs fin de siècle ont pénétré dans nos rangs, il est bien évident que les dépositaires de l'équité y ont encore mordu mieux que nous. Il est vrai que l'on affirme que, plus d'une fois, la rédaction d'un jugement fut l'œuvre d'un greffier quelconque : il nous plairait vraiment de le croire, afin de pouvoir excuser de si étonnantes applications de la loi.

Nous avons fait récemment allusion, dit le *Bulletin Médical*, à un jugement de la première chambre du tribunal civil de la Seine dans une affaire de contestation d'honoraires. Le différend existait entre un de nos honorables confrères et une étoile de théâtre à laquelle il avait donné ses soins, ainsi qu'à la famille, de 1889 à 1896. Dans ces huit années, notre confrère avait fait 644 visites, dont 7 de nuit, et 2 consultations avec un grand confrère. L'étoile avait témoigné à son médecin, à maintes reprises, sa vive reconnaissance, par lettres ou billets, fort bien tournés en vérité. Elle ne pouvait ignorer, d'autre part, que l'honoraire des visites était de 10 fr. C'était affaire convenue entre elle et lui depuis le début des soins. Sur ce taux, un acompte de 4000 fr. sur les 6510 fr. dus, avait même été versé, mais la divette se fit tirer l'oreille pour régler la différence, soit 2510 fr. Elle sollicita un rabais. Refus de notre confrère, qui n'avait aucun motif pour l'accepter. Bref, on plaida.

Le tribunal a été bien inspiré en décidant que le « carnet de visite » d'un médecin pouvait faire foi pour le nombre et la date des visites, mais on se demande pourquoi il a abaissé de 10 fr. à 8 fr. le prix convenu de ces visites ? Pourquoi pas 7 fr. 95 ou 6 fr. 95, comme dans les magasins de nouveautés ?

Chose singulière, dans la même audience, pour le même confrère — qui n'avait jamais, jusque-là, eu affaire à la justice — et pour un client également prévenu des prix, le même tribunal a eu la main plus lourde. Il a réduit à 5 fr. le prix de visite de 10 fr. *Quare* ? Thémis et mystère !

Mystère ? au fond, pas tant que cela. La clef infiniment probable de l'énigme est même assez curieuse.

Dans le cas de la divette, notre confrère avait prescrit un jour, pour un cas urgent, un médicament relativement dangereux, en ayant soin de souligner deux fois la dose, écrite très lisiblement. Par suite de la distraction d'un sous-ordre, on délivra 50 centigrammes au lieu de 5. Il y eut intoxication, mais arrêtée à temps et par notre confrère. Le pharmacien responsable de l'erreur de son élève, erreur qui n'avait pas eu de suites bien graves, voulut ravoir cette malencontreuse ordonnance. On la lui fit payer 15.000 fr.!! La jolie et très avisée cliente ne put cependant trouver, sur une somme aussi rondelette, les 2510 fr. qu'elle restait devoir à son médecin, lequel sans le vouloir, lui en avait fait gagner 15.000 !

C'est très probablement en considération de cet incident piquant, dont les preuves avaient été fournies à l'audience, que le tribunal n'a rabattu que 2 fr. par visite à notre confrère. Mais une heure après, il se rattrapait en lui rabattant cinq francs dans une autre affaire. Moyenne 3 fr. 50 ! Il était écrit que les centimes interviendraient ; toujours comme dans les magasins de nouveautés.

Au tour de la province maintenant :

Joigny, le 27 mai 1898.

Mon cher Confrère,

Un de nos confrères syndiqués a été, au mois de mars dernier, condamné d'une façon si sommaire par le tribunal de Joigny, que notre Syndicat a l'intention de porter ce jugement arbitraire et inique, devant la Cour de cassation. Mais, avant de nous engager dans ce procès, nous désirons avoir l'avis du Conseil Judiciaire du Sou médical, sur l'affaire en elle-même, sur la façon de procéder en pareille circonstance, sur les chances que nous pouvons espérer avoir, et enfin sur l'appui que vous consentiriez à nous donner.

Voici le fait en quelques lignes :

Notre confrère le Dr Ch. avait été appelé à soigner un diabétique atteint de gangrène du pied ; c'était un client riche (rentier) qui, ne regardant pas à la dépense, réclamait de son médecin tous les soins capables d'améliorer son état et de l'empêcher de souffrir ; le patient voulait qu'on ne négligeât rien ; dans les maladies précédentes il avait toujours payé rubis sur l'ongle, sans aucune observation, la note qu'on lui présentait, quelque élevée qu'elle fût ; dans le cas présent il avait, de plus, sollicité les conseils de trois autres médecins conjointement à son médecin ordinaire ; mais, malgré les opérations qui lui furent pratiquées, la gangrène ne lui pardonna pas.

Quelque temps après sa mort, son gendre, qui détestait notre confrère, refusa de payer la note présentée qui était de *1025* fr. (et cependant il réglait à part les honoraires des autres médecins) ; le dit gendre fit donc l'offre de *800* francs. C'est alors que notre confrère l'actionna en justice : je vous envoie ci-joint copie du jugement rendu.

L'avocat qui soutenait la cause de notre confrère avait demandé une expertise ; le tribunal ne s'y arrêta même pas. Nous pensons, au Syndicat, qu'à cause de l'*insuffisance* des motifs donnés par ce tribunal, à cause du *refus d'expertise;* en raison de la gravité de la maladie, des soins délicats et des opérations qu'elle a nécessités, en raison de la situation de fortune, de la qualité du malade, de l'importance des services rendus, en considération des relations antérieures quant à la fixation et au paiement d'autres honoraires, que le médecin avait eues auparavant avec son client, nous pensons que le jugement condamnant notre confrère, a été mal rendu et qu'il est susceptible de cassation.

Veuillez donc, mon cher Confrère, nous faire parvenir, le plus tôt qu'il sera possible, une consultation juridique à ce sujet, afin que j'aie le temps de réunir le Syndicat, de faire approuver mes démarches, et de demander le *pourvoi en cassation avant les* délais de rigueur.

Croyez toujours, mon cher confrère, à mes sentiments amicaux et dévoués.

Dr Bazot,
Président du Syndicat de Joigny.

P. S. — J'ai enfin ma dizaine du Sou médical ; je vous écrirai plus tard à ce sujet.

Texte du jugement.

Le 24 mars 1898,

Le Tribunal de Joigny,

Vidant son délibéré et jugeant publiquement et *en dernier ressort,*

Attendu que le Dr C.... réclame aux consorts P.... une somme de *1025* francs pour soins donnés à leur parent, le nommé G...., du 8 mai au 9 août 1897 ;

Attendu que la maladie du sieur G... a donné lieu de la part du Dr C..., à des visites quotidiennes, fréquemment répétées 2 ou 3 fois par jour, et accompagnées pour la plupart de pansements et piqûres sous-cutanées,

Attendu que, dans ces conditions, la somme de *800* francs offerte, paraît suffisante eu égard à la longueur de la maladie et à la fréquence des soins prodigués.

Par ces motifs, valide les offres faites, les déclare suffisantes et libératoires, etc........

Condamne de plus le Dr C.... aux dépens, etc....

Devant ce bon vouloir de la magistrature, contestera-t-on encore l'utilité de rédiger nos notes d'honoraires suivant le Tarif Jeanne, et d'éclairer au moins nos défenseurs, en mettant celui-ci entre leurs mains ?

Qui donc craignait aussi que le *Sou médical* n'eût rien à faire ?

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Impossibilité pour les Syndicats professionnels de se livrer à des operations commerciales.

Nous publions, ci-dessous, un jugement rendu le 21 décembre 1897, par le Tribunal de commerce de Saint-Etienne, jugement duquel il résulte que les Syndicats professionnels n'ont pas le droit de se livrer à des opérations commerciales, et que, dans le cas où des opérations de cette nature, qui sont nulles comme contraires à l'ordre public, entraîneraient, pour les Syndicats eux-mêmes ou pour les tiers, une obligation quelconque, cette obligation ne saurait être considérée comme valable.

Attendu qu'il est articulé par le Syndicat des Pharmaciens de la Loire et de la Haute-Loire: 1° que, par conventions verbales en date du 10 avril 1895, César Rey, droguiste à Saint-Etienne, et propriétaire à Saint-Yorre, près Vichy, d'une source d'eau minérale appelée *Source Parmentier*, a concédé au Syndicat des Pharmaciens de la Loire et de la Haute-Loire le monopole des produits de cette source pour une période de trois ans ; 2° que ledit Rey s'est engagé verbalement à vendre les eaux de la source Parmentier à des conditions déterminées, au compte du Syndicat ; 3° que Rey ne se conformerait pas, depuis quelque temps, aux conditions stipulées ; 4° que, notamment, sans l'assentiment du Syndicat, il aurait modifié les prix qui lui auraient été imposés ; 5° qu'en outre, il ne communiquerait plus au bureau du Syndicat sa correspondance qui, d'après le traité verbal intervenu, serait, au dire du Syndicat, la propriété privée de celui-ci et devait lui être directement adressée ; 6° que, bien que l'étiquette et la capsule de l'eau de Saint-Yorre-Parmentier soient devenues la propriété du Syndicat et que Rey se soit interdit d'en faire usage sous aucun prétexte et en faveur de qui ce soit, sans un ordre écrit émané du secrétaire du Syndicat, Rey aurait, depuis le 21 octobre *1896*, fait diverses livraisons de bouteilles d'eau minérale portant capsule et étiquette, sans l'ordre écrit du secrétaire du Syndicat ;

Attendu qu'en se fondant sur cette articulation et en soutenant qu'elle lui donnait le droit de provoquer la résiliation des conventions verbales ci-dessus analysées, le Syndicat des Pharmaciens de la Loire et de la Haute-Loire a saisi le Tribunal d'une demande ayant pour objet de faire prononcer, aux torts et griefs de Rey, la résiliation des conventions verbalement intervenues entre les parties le 10 avril 1895, avec défense audit sieur Rey d'utiliser à l'avenir, le nom du Syndicat des Pharmaciens de la Loire et de la Haute-Loire, soit sur ses étiquettes, capsules et bouchons, soit sur ses propectus, annonces et autres papiers de commerce.

Attendu que Rey excipe la nullité du contrat intervenu entre les parties, et, sous prétexte que, suivant lui, le Syndicat des Pharmaciens, en lui vendant un concours et un appui officiels qu'il n'avait pas le droit de lui céder, lui a causé un préjudice, ledit Rey a formulé, par voie de simples conclusions déposées à la barre, une demande reconventionnelle en paiement de 10,000 francs de dommages-intérêts, qu'il a, de plus, formulé, dans les mêmes conclusions, à titre subsidiaire, contre les membres du Syndicat des Pharmaciens, une demande en résiliation des conventions verbales du 10 avril 1895, avec paiement de 20,000 fr. de dommages-intérêts;

Attendu que l'article 3 de la loi du 21 mars 1884, qui autorise la création de Syndicats ou d'Associations professionnels, même de plus de vingt personnes exerçant la même profession, exige que ces Associations aient exclusivement pour but l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, et que cette autorisation, en présence des termes formels et limitatifs de la loi susvisée, ne saurait être étendue à des cas autres que ceux qui ont été spécialement et nominavement indiqués par le législateur.

Attendu qu'aux termes de l'article 1123 du Code civil, toute personne peut contracter, si elle n'en est pas déclarée incapable par la loi, et que l'article 1124 du même Code classe, d'une manière générale, parmi les incapables, tous ceux auxquels la loi a interdit certains contrats ;

Attendu, de l'ensemble des dispositions édictées par la loi du 21 mars 1884, il résulte que le but que s'est proposé le législateur, c'est de n'autoriser la création de Syndicats professionnels que pour favoriser l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, sans que leur capacité ainsi limitée puise s'étendre à d'autres objets ;

Attendu que la capacité de contracter étant, aux termes de l'article 1108 du Code civil, une des quatre conditions essentielles pour la validité de toute convention, il s'ensuit que, si cette condition manque à une des parties contractantes, la convention intervenue est nulle de droit, tant par application dudit article 1108 que par application des articles 1131 et 1133 du Code civil ;

Attendu, dans l'espèce, que le défaut de capacité du Syndicat des Pharmaciens de la Loire et de la Haute-Loire, pour stipuler les conditions qui constituent l'économie du traité du 10 avril 1895, verbalement intervenu entre lui et le sieur Rey, est manifeste ; que cette convention constate et a pour but de consacrer entre les parties contractantes une véritable opération commerciale, interdite aux Syndicats professionels par la loi du 21 mars 1884, organisatrice de leur fondation : qu'à ce titre, elle est illicite, contraire à l'ordre public et, par conséquent, frappée de la nullité prononcée par les articles 1131 et 1133 du Code civil ;

Attendu que toute convention nulle comme contraire à l'ordre public ne peut être génératrice, ni activement, ni passivement, à l'égard d'aucune des parties contractantes, d'aucune obligation valable; d'où il suit que les demandes reconventionnelles de Rey doivent être écartées comme irrecevables :

Par ces motifs,

Déclare irrecevables, par application des articles 1108, 1123 et 1124, 1131 et 1133 du Code civil et de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels, les demandes principale et reconventionnelle formulées réciproquement par les parties en cause ; en conséquence, prononce purement et simplement le débouté desdites demandes, et condamne chacune des parties personnellement aux dépens occasionnés par sa propre demande.

(*Répertoire de pharmacie.*)

CORRESPONDANCE

Mon cher Confrère,

Je vous envoie ci-inclus la seconde lettre que j'ai reçue de M. le Dr I., la première datant des premiers jours de mars.

Je me dispense de tout commentaire à cet égard et je ne répondrai pas plus cette fois que la première, mais je ne puis me défendre d'un sentiment de tristesse en voyant comment on nous traite. Sommes-nous donc tombés si bas qu'on puisse nous assimiler ainsi à des commerçants peu scrupuleux ?

Tout cela est bien affligeant surtout si, comme la lettre le laisse entendre, beaucoup de confrères ont adhéré à cette œuvre rémunératrice autant que peu morale.

Pour moi, je ne sais pas ce que l'avenir me réserve, ni si j'arriverai à acquérir comme le confrère qui m'écrit « *une situation enviée* ». En tout cas ce ne sera pas par ces moyens. Fils, petit-fils et arrière-neveu de médecins, qui ont vu dans l'exercice de notre profession autre chose qu'un *métier*, je ne ferai peut-être pas fortune, mais je tâcherai de prendre exemple sur mes devanciers et je m'inspirerai de ceux qui, comme, vous, combattent le bon combat toujours et quand même.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de ma sympathie bien vive et de mes meilleurs sentiments,

Dr C.,
Membre du Concours Médical.,

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat médical de Lot-et-Garonne

Lettre du Dr Cassius, secrétaire-trésorier.

Layrac, le 27 mai 1898.

Mon cher Confrère,

Je suis heureux de pouvoir annoncer au *Concours* la reconstitution du Syndicat médical de Lot-et-Garonne.

Le 5 mai, les statuts ont été votés et le bureau suivant a été constitué.

Président : M. Barret, d'Agen.

Vice-Présidents : MM. Cortès, et Chaulet, à Agen.

Secrétaire-trésorier : M. Cassius à Layrac.

Syndics.

Arrondissement d'Agen : M. Descomps à Aiguillon, M. Cordeiro da Silva à Agen.

Arrondissement de Marmande : MM. de Samonde à Gontaud, Courret à Marmande.

Arrondissement de Nérac : MM. Labat à Nérac. Darlan, id.

Arrondissement de Villeneuve d'Agen : MM. Dufau à Villeneuve, Martin à Penna.

Le Syndicat est départemental. Dès que je serai exactement fixé sur le nombre des adhérents, le Syndicat reprendra son rang dans l'Union.

Veuillez agréer, etc.

Dr Cassius.

Société locale des Médecins du Cher.

Réunion tenue le 20 Janvier 1898, sous la présidence de M. le Dr Courrèges.

La séance débute par l'admission de nouveaux membres et par la lecture du procès-verbal de la réunion précédente. Puis, après un rapport du Trésorier concluant à un actif de 7.694 fr., le Président prononce une allocution très applaudie dont nous extrayons les passages suivants, relatifs à l'ordre des médecins :

« La foi qui n'agit point, dit l'Evangile, est une foi morte. Je dirai à mon tour que l'union qui ne se traduit pas par des actes est stérile, et, par suite, devient une duperie.

« Le but de notre Association, ne l'oublions pas, est de secourir, mais aussi de moraliser pour maintenir l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession. A côté des droits que nous devons revendiquer il est des devoirs envers la société et envers nous-mêmes qui nous incombent. Nous aurons d'autant plus d'autorité pour soutenir les premiers que nous accomplirons mieux les seconds.

« Ce n'est ici ni le lieu, ni le moment de discuter cette délicate matière. Je rappelle simplement que, d'un bout de la France à l'autre, nos diverses Associations s'agitent et s'occupent de trouver un remède à un mal qui, hélas ! n'est pas imaginaire. L'Association générale, préoccupée de la solution à trouver — bien qu'opposée jusqu'ici en principe à la création d'un Ordre de Médecins — nous demande aujourd'hui un avis motivé sur cette question.

» Point n'est besoin d'un code déontologique méticuleux et compliqué pour inspirer au médecin le sentiment de ses devoirs, celui-ci doit être préalablement inscrit au fond de sa conscience pour le détourner, avec l'aide du bon sens, de ce qu'il ne doit pas faire.

» Si, à plusieurs reprises, ici, et dans une autre Association, j'ai concentré vos aspirations vers la revendication de nos droits, souffrez aujourd'hui que je réclame une union étroite pour l'accomplissement de nos devoirs ; ce sera la meilleure réponse aux insinuations malveillantes, dont nous sommes momentanément l'objet.

Syndicat médical du Havre

Séance du 17 juillet 1897.

La séance est ouverte à cinq heures du soir, sous la présidence de M. Crouzet.

Présents : MM. Auger, de Lignerolles, S-J. Fauvel, Leroy, Carrère, Pierre, Gruel, Brunswick, Sorel, Cravin, L. Laurent, *G. Laurent*, Haan, Caron, Deronde, Gressin, Dubarry, Lenhardt. Crouzet, Gascuel.

M. Henry, stagiaire, assiste à la séance.

Excusés : MM. Lemercier père et fils, Lecène.

Les procès-verbaux des deux dernières séances sont adoptés à l'unanimité.

1° Le Président a écrit à L. Siegfried au sujet de la loi sur la pharmacie — il lui a envoyé un rapport qui lui permettra d'agir en temps opportun sur le président de la commission chargée de cette loi. — M. Siegfried a accusé réception. Les termes du rapport, dont il est donné lecture, sont approuvés ;

2° Pour les voitures des médecins, le Président a également fait des démarches auprès des députés de l'arrondissement. Le rapport destiné à soutenir les revendications des médecins a été envoyé au président de la commission du budget, ainsi qu'à l'Union des Syndicats ;

3° M. Michelin ayant fait une proposition de loi sur les cliniques libres, le Président a aussitôt fait auprès de MM. Siegfried et Brindeau des démarches pour combattre cette proposition. M.

(1) Le Syndicat du Cher.

Siegfried a accusé réception du très intéressant rapport que lui a adressé M. Crouzet à ce sujet;

4° M. Charrier, 125, rue de Normandie, qui offre de recouvrer les honoraires des membres du Syndicat moyennant 10 % est accepté comme encaisseur unique du Syndicat, à l'unanimité ;

5° On vote ensuite une cotisation extraordinaire de deux francs par membre à verser une seule fois, afin de coopérer à la caisse de résistance. Cette caisse est destinée à soutenir les procès intéressant le corps médical ;

6° Les pharmaciens désirent voir unifier les tarifs pharmaceutiques en France. Le Syndicat trouvant la réclamation fondée en principe s'associe à leur réclamation ;

7° Le Président rappelle qu'il a adressé à tous les membres du corps médical havrais la circulaire du maire du Havre annonçant que la place de médecin de la police était vacante. Quelques critiques ayant été faites de ce que *tout* le corps médical, même les dissidents, avaient reçu cette circulaire, on décide qu'en pareille occasion, la Chambre syndicale jugera s'il faut avertir le corps médical tout entier ou les syndiqués seulement ;

8° Ensuite, le Syndicat manifeste son désir ferme de ne pas faire aux Sociétés de secours mutuels de concessions au-dessous du tarif minimum ;

La question est renvoyée à la Chambre syndicale pour complément d'études. Mais, en principe, les Sociétés devront assurer le paiement des honoraires.

La séance est levée à six heures et demie.

Le Secrétaire : Dr GASCUEL.

REPORTAGE MÉDICAL

Centenaire de la Société de médecine de Caen. — Nos confrères du Calvados ont résolu de fêter le 3 juillet prochain par une réunion extraordinaire à Caen, le centenaire de leur Société de Médecine. Le président prononcera une allocution de circonstance, puis deux rapporteurs, MM. Barette et Gidon, présenteront l'état de nos connaissances, l'un sur le cancer au point de vue chirurgical, l'autre sur la grippe. On s'attend également à d'autres communications intéressantes.

Les femmes-médecins en Russie. — Une ordonnance impériale récente a donné aux femmes-médecins de l'empire russe le droit de faire partie des services de l'Etat.

L'assistance aux vieillards et incurables. — M. Barthou a présenté au Conseil des ministres un projet de loi qu'il a élaboré pour être soumis aux discussions des Chambres, et qui vise l'organisation de l'assistance aux vieillards et aux incurables. Les principes qu'il établit et les moyens qu'il propose sont en complète analogie avec les grandes lignes de la loi d'assistance médicale de 1893, y compris le caractère *facultativement* obligatoire des dépenses qui donnera encore aux conseils généraux et municipaux l'occasion de faire montre de leur générosité.

Journalistique. — Tandis que les *Archives de médecine navale* sont appelées à ne relever que du ministère de la marine, le ministère des colonies va publier les *Annales d'hygiène et de médecine coloniale.*

Monument à Chervin. — Un comité présidé par M. Vingtripier, bibliothécaire de la ville de Lyon, 23, rue Neuve, vient d'ouvrir une souscription pour élever à Bourg-de-Thisy (Rhône) un monument à Chervin, Directeur-Fondateur de l'Institut des Bègues de Paris, décédé le 26 décembre 1896.

Médecins députés — Cinquante-quatre médecins ont été nommés députés aux élections des 8 et 22 mai 1898. En voici la liste, avec l'indication des départements qu'ils représentent :

MM. les Dr Cazauvieilh (Gironde), Herbet (Ain), *Gaçon* et Delaine (Allier), Cazals, *Hugon* et *Peschaud* (Cantal), Lachaud et Vacher (Corrèze), Ricard (Côte-d'Or), de Lanessan (Rhône), Clament, Pourteyron, Sarrazin et Theulier (Dordogne), Borne (Doubs), *Isambart* (Eure), *Cosmao-Dumenez* et Dubuisson (Finistère), Vigné d'Octon (Hérault), *Mougeot* (Haute-Marne), Turigny (Nièvre), Barrois et Defontaine (Nord), *Chopinet* et Baudon (Oise), Chambige et Girard (Puy-de-Dôme), Quintaa et Clédou (Basses-Pyrénées), *Viger* et Vazeilles (Loiret), Devins (Haute-Loire), *Pédebidou* (Hautes-Pyrénées), Chautemps (Savoie), Delbet (Seine-et-Marne), *Amodru* (Seine-et-Oise), Paul Bourgeois (Vendée), Boutard (Haute-Vienne), Merlou et Villejean (Yonne), Dubois, *Chassaing*, Paulin Méry (Seine), de Mahy (Réunion), Chevillon (Bouches-du-Rhône), Guyard (Aube), *Bontemps* (Haute-Saône), Duquesnay (Martinique), Dubief (Saône-et-Loire), Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Rey (Lot), Alban David (Indre), Bizarelli Drôme) (1)

Bibliographie.—Viennent de paraître chez Hirschler, 167, rue Montmartre, *Nos Docteurs*, répertoire photo-biographique du corps médical. Prix 3 fr.

Chez O. Doin, 8, place de l'Odéon, et chez Ruat, 22, rue Noailles, à Marseille, le *Dictionnaire de la table*, encyclopédie alimentaire hygiénique et médicale, par le Dr Félix Brémond.

Chez Protat frères, à Mâcon, *Boutades et Revendications*, un volume de notre collaborateur M. le Dr Grellety, écrit dans ce genre agréable que notre feuilletoniste cultive avec tant de succès, et que le défaut de place nous empêche de faire goûter plus souvent à nos lecteurs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4278. M. le docteur MORARD, de Mâcon (Saône-et-Loire), membre du Syndicat de Mâcon.

N° 4279. M. le docteur GROS, d'Auxon (Aube), membre de l'Association Générale des médecins de France.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Juventy, d'Entrains (Nièvre), membre du Concours Médical.

(1) Tous ceux dont les noms ont été mis en italiques sont des membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 25 18 JUIN 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Lettre aux médecins-législateurs membres du Concours.

Chers Confrères,

Vous êtes à peine débarrassés de vos laryngites électorales et des exigences des Comités, que, déjà, en vue des petites luttes parlementaires, chaque groupe de la future Chambre sollicite votre adhésion, avec l'arrière-pensée de vous soumettre à ses mots d'ordre.

Les habitudes d'indépendance, que vous aviez contractées dans l'exercice de notre profession, vont être bouleversées de la plus étrange façon. Après les caprices de la circonscription, vous allez rencontrer les compromissions législatives, et il faudra concilier tout cela.

En vous adressant de sincères félicitations, le *Concours* vous souhaite donc, aussi, courage et vaillance en vue de la tâche à remplir.

Comme vous, sans doute, il eût rêvé que vous fussiez des élus du scrutin de liste. Vous eussiez été plus à l'aise pour donner corps aux projets larges et généreux, qui hantent toujours l'esprit du médecin.

Mais, si cette satisfaction vous est interdite pour une grande partie de votre rôle, il nous plairait de vous la donner sur un point fort intéressant, et personne, chez les médecins, ne désavouera notre proposition.

Pourquoi, inaugurant franchement la représentation légitime des intérêts dans l'enceinte législative, n'accepteriez-vous pas d'y être les mandataires du corps médical tout entier ?

Nous avons rédigé le programme minimum de nos revendications ; vous le connaissez parce que vous êtes membres du Concours ; vous l'acceptez, puisque vous l'avez soutenu vous-mêmes dans les syndicats et ailleurs ; vous serez, enfin, toujours à même de venir, dans nos réunions, en faire préciser les détails, car notre vieille maison vous offre une hospitalité réconfortante, et le contact avec nous, vos électeurs en cette matière, ne vous réserve que de fraternels entretiens.

Au cours des législatures précédentes, les médecins-députés ont trop complètement oublié leur origine. C'est à peine si, depuis la loi Chevandier, leur voix s'est fait entendre, de loin en loin, dans des discussions où, malgré tout, nous fûmes toujours sacrifiés. A l'encontre des agricoles, des sucriers, et de tous ceux qui surent si bien se faire protéger, nos confrères furent souvent généreux jusqu'à l'abstention. C'est ainsi, par exemple, que, dans un cas de dystocie grave, on ne les vit pas aider la Chambre à mettre au monde la *loi sur les accidents du travail*, et que, si ce fœtus déformé parvient à vivre, nous aurons à supporter trop lourdement les frais de son existence ruineuse.

Si donc, vous estimez que de pareilles défaillances, dues au défaut d'entente et d'action, ne doivent pas se reproduire, et qu'il convient même, peut-être, d'en poursuivre la réparation, ne pourriez-vous pas, chers confrères, aider celui d'entre vous qui se fit le plus souvent, jusqu'ici, notre porte-parole au Parlement, M. le Dr Pédebidou, à reconstituer un *groupe médical parlementaire* actif, vigilant, toujours soucieux des intérêts sacrés de la grande famille, dont vous êtes membres ?

A l'origine de la précédente législature, M. Pédebidou avait bien voulu, sur notre demande, prendre l'initiative de cette réorganisation. Ce

n'est pas sa faute si la tâche ardue entreprise par M. Chevandier, suivie, d'accord avec nous, de 1881 à 1892, et qui a amené la *revision de la loi de ventose an XI* et la consécration légale de nos *Syndicats*, n'a pas été continuée énergiquement.

Il est urgent, très urgent, vous le savez, de revenir à la tradition. Le Concours est certain que vous répondrez à son appel.

C'est pourquoi, il se met à votre entière disposition,

Et vous prie d'agréer ses cordiales félicitations.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'organothérapie ovarienne contre la chlorose et les troubles de la ménopause.

La chlorose, la ménopause, et les troubles consécutifs à l'oophorectomie sont très remarquablement combattus par l'organothérapie ovarienne. Le professeur Werth, de Kiel, dit la *France médicale*, est le premier qui ait employé l'organothérapie ovarienne contre les accidents qui accompagnent la disparition de la sécrétion de l'ovaire, soit au moment de la ménopause naturelle, soit à la suite d'intervention chirurgicale. Dans huit cas sur dix, il observa une diminution des troubles vaso-moteurs, des douleurs générales, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur, de l'insomnie, des palpitations, du sentiment d'angoisse, qui rendent souvent la femme impotente pour un temps plus ou moins long.

Peu après, F. Mainzer (de Berlin) publiait le résultat de ses recherches sur le traitement organothérapique des troubles fonctionnels consécutifs à l'ovariotomie. Il signalait aussi les bons effets obtenus dans deux cas de ménopause physiologique douloureuse.

Vers la même époque, R. Mond publia des observations analogues, ainsi que quatre cas d'aménorrhée due soit à l'atrophie des organes génitaux, soit à la neurasthénie.

Landau, également en 1896, pour combattre les troubles nerveux, qui accompagnent la suppression de la fonction ovarienne, à la suite de l'ablation de l'utérus et des annexes, fit ingérer à ses malades du tissu ovarien. Toujours, il constata la disparition, au moins momentanée, des accidents.

Depuis, les observations se sont multipliées. Jayle (de Paris), Chrobak (de Vienne), Muret (de Lausanne), Mairet (de Montpellier), Thouvenaint, Jouin, Blondel, Hegar, Knauer, Seeligmann, Gilbert ont publié de nombreux exemples de guérison qui prouvent l'efficacité de la médication ovarienne contre les troubles consécutifs à la ménopause et surtout à la castration chirurgicale.

Il est encore une application de l'opothérapie ovarienne, qui semble appelée à un grand avenir ; nous voulons parler du *traitement de la chlorose*.

Les théories nouvelles, proposées pour expliquer la pathogénie de la chlorose, font jouer un rôle prépondérant à la sécrétion interne de l'ovaire. MM. Spillmann et Etienne au Congrès de Nancy (1896), Etienne et Demange au Congrès de Montpellier (1898) ont développé une théorie d'après laquelle, la sécrétion interne normale de l'ovaire ne se faisant pas, il y aurait une auto-intoxication spéciale, une viciation de la nutrition générale, se manifestant par la chlorose, de même que l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème. Si la chlorose est le résultat de l'insuffisance ovarienne, l'opothérapie ovarienne est le traitement logique de la chlorose. Et en effet la clinique a pleinement confirmé ces vues théoriques : d'une façon constante, chez les malades, qui ont été traitées par ces auteurs, toutes les manifestations chlorotiques ont très rapidement cédé au traitement.

Von Noorden, dans une monographie parue à Vienne (1897) sur la chlorose, se déclare partisan d'une théorie pathogénique analogue, basée sur l'altération de la sécrétion interne de l'appareil génital.

Des tentatives ont encore été faites, avec un succès d'ailleurs moins éclatant, pour traiter par l'ovaire, l'ostéomalacie, les maladies nerveuses et la maladie de Basedow.

La dose employée est assez variable, car on n'observe pas d'intolérance. Elle est en général de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour. Mais il est assez difficile de faire ingérer à certaines malades de l'ovaire cru. Lissac (thèse de Paris, 1896), après avoir montré les résultats merveilleux que donne l'opothérapie ovarienne, particulièrement dans le traitement des troubles consécutifs à la castration, concluait en disant : « L'idéal de cette médication serait atteint par une préparation que la malade pourrait ingérer commodément pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au moment où l'organisme se serait habitué à la ménopause artificielle. »

Le cancer du sein chez l'homme.

Dans une récente thèse pour le Doctorat, M. E. Pigot étudie les formes anatomiques et les symptômes du cancer du sein chez l'homme.

Tous les praticiens savent, en effet, que le cancer de la glande mammaire n'est pas l'apanage exclusif de la femme : le sexe fort en est parfois aussi gratifié.

Au point de vue anatomique, les formes du cancer qu'on rencontre le plus souvent sont, par ordre de fréquence, le carcinome, l'épithéliome et le sarcome. Au point de vue clinique, voici comment se présente habituellement l'affection.

Le plus souvent, le mal survient chez un homme qui a dépassé la cinquantaine ; c'est par hasard que, 4 ou 5 mois auparavant, il a remarqué que l'un des deux seins faisait une saillie un peu plus accentuée que l'autre, et il a perçu une « grosseur » de la région, grosseur qui est dure ; il ne s'en est pas inquiété jusqu'au jour, où des douleurs sont survenues ; ou bien son attention a été attirée par une tache rosée à sa chemise, au niveau du mamelon, tache qui s'est renouvelée : c'est à ce moment qu'il va consulter.

A l'interrogatoire, le malade indique presque toujours, soit un coup qu'il aura reçu au niveau du sein, soit des frottements, soit, comme chez un malade de M. Poirier, des succions répétées du mamelon, comme ayant marqué le point de départ de son affection.

L'examen de la région fait constater que la

peau du mamelon est plissée, rétractée, que l'aréole présente une ou deux petites ulcérations, qui saignent facilement ; la palpation révélera une induration de la mamelle, se présentant sous la forme d'une masse dure, plate, de la dimension d'une pièce de deux francs, mobile sur les plans profonds, mais ayant déjà contracté avec la peau des adhérences ; parfois, faisant suite à cette tumeur, un cordon induré qui suit le bord inférieur du grand pectoral, et conduit le doigt explorateur dans l'aisselle.

Là, on trouve un ou plusieurs ganglions placés contre le thorax, plus ou moins développés, mais durs et mobiles, tout à fait caractéristiques ; l'exploration des régions ganglionnaires voisines, négative au début, pourra, à une période plus avancée, révéler l'existence de ganglions ayant les caractères ordinaires en ce cas.

L'état général est presque toujours bon ; s'il est troublé, ce n'est pas du fait de la lésion mammaire, et on trouvera une affection antérieure ou contemporaine, dont ce trouble est tributaire. Car, c'est un fait à remarquer, le cancer du sein n'altère l'état général qu'à une période déjà avancée de son évolution.

Parmi ces phénomènes, il en est quelques-uns qui méritent qu'on y insiste. C'est d'abord le volume qui, bien que parfois considérable, ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon ; c'est la rétraction du mamelon qui se produit très souvent et est très caractéristique, et c'est le suintement sanguinolent ou sanieux, qui se fait très souvent par le mamelon et peut être un signe révélateur du début.

Il est à remarquer que la tumeur elle-même peut rester longtemps stationnaire ou du moins n'augmenter qu'insensiblement de volume ; mais, et c'est là un fait particulier, brusquement, sous des influences qui nous échappent, elle acquiert rapidement un développement considérable, et s'accompagne alors des autres symptômes énumérés.

Il faut rapprocher ce fait des enseignements que fournit l'anatomie pathologique, qui montre des épithéliomas rompant les mailles du tissu conjonctif qui les environne, et se diffusant dans la région périphérique.

La *douleur* accompagne, dans la moitié des cas environ, la production de la tumeur ; mais elle n'apparaît qu'à une période assez tardive. Elle ne revêt pas le caractère des douleurs lancinantes qu'on rencontre, dans le cancer de la femme ; elle est, au contraire, sourde, provoquée par les frottements ou les pressions, et assez rarement spontanée.

Dans certains cas, cependant, elle peut acquérir une grande intensité.

La marche de l'affection varie avec la nature de la tumeur, avec l'âge des malades et aussi avec leur état général ; c'est là un caractère commun avec le cancer du sein chez la femme ; un point important à noter, c'est que, tout d'abord très lente, presqu'insensible, cette maladie s'accélère brusquement et en 6 ou 8 mois, peut aboutir à l'ulcération, à la généralisation et à la cachexie. Certains malades ont conservé leur tumeur 9, 10, 15 ans même, presque sans s'en apercevoir, puis tout à coup, sans aucune raison apparente, sans traitement intempestif, le mal s'est subitement mis à progresser avec violence.

Le traitement, pour réussir, doit être appliqué de très bonne heure et il ne consiste que dans l'extirpation immédiate et complète. Tout « fondant », résolutif, etc., ioduré ou autre, est un dangereux moyen qui recule l'époque de l'opération au grand préjudice du malade. L'extirpation doit être faite antiseptiquement, chaque coup de bistouri, suivi d'un attouchement au chlorure de zinc, et la réunion immédiate doit être obtenue, sans la moindre trace de suppuration, afin d'éviter la réinfection et la récidive.

La folie post-opératoire.

M. le Dr *Marx*, de Paris, vient de publier plusieurs observations fort intéressantes de folie post-opératoire, qui prouvent :

1° Que cet accident ne se montre guère que chez les femmes ;

2° Que le chloroforme prédispose à cette complication ;

3° Que l'état de crainte, de débilité, d'anémie, d'infection, d'intoxication même, dans lesquelles se trouvent certaines malades, sont des adjuvants puissants à ces bouleversements de l'intelligence ;

4° Que les fonctions d'abord atteintes sont chez toutes les malades le besoin de sommeil, le besoin de manger ;

5° Que les manifestations secondaires peuvent faire revêtir à la folie post-opératoire toutes les formes décrites, depuis l'hallucination jusqu'à l'idée de suicide, en passant par la mélancolie ;

6° Que les opérations comportant l'ablation des annexes ne prédisposent pas plus à ces troubles cérébraux que les autres grands traumatismes ;

7° Enfin, que ces troubles mentaux ne sont que transitoires.

Les hommes restent tout à fait au-dessus des accidents cérébraux, quel que soit le traumatisme opératoire auquel ils aient été exposés, quelles que soient les circonstances dans lesquelles se soient produits ces traumatismes.

De plus les cas de folie post-opératoire constatés chez la femme se produisent aussi bien chez les personnes qui n'ont pas été castrées que chez celles qui l'ont été.

« J'ai souvent observé, dit M. Marx, dans les nombreux cas d'opérations que j'ai pratiquées sur les annexes, de ces légers changements de caractère qu'on peut rencontrer, du reste, sans cela, sur beaucoup d'individus, à la suite d'événements importants de leur existence.

« Après les ovariotomies, j'ai vu des patientes se plaindre de lourdeurs de tête, de vapeurs, d'engourdissements. Mais ces phénomènes étaient causés par la pléthore sanguine survenant à la suite de la suppression des menstrues.

« Une bonne saignée, des purgations les débarrassaient bien vite de ces malaises.

« Je n'ai trouvé aucun soulagement pour elle dans l'emploi de l'ovarine, dont on a dit tant de bien.

« Cette médication n'est bonne que chez les nerveuses que l'on peut suggestionner, et surtout chez les ménopausiques cérébrales, qui viennent demander au médecin un remède à des douleurs, à des maux qu'elles prévoient depuis si longtemps et qui n'arrivent que parce qu'elles les ont prévus. »

Le régime dans les néphrites.

Quand on a à prescrire un régime à un malade atteint de néphrite, on ne saurait se borner à lui indiquer exclusivement le lait pendant un temps indéfini : ce régime risquerait fort de ne pas être suivi plus de 2 ou 3 mois, faute de variété et faute de force. La question du régime alimentaire est évidemment complexe et mérite sérieuse étude ; voici comment la résume M. F. Hirschfeld :

D'une part, il faut éviter l'uniformité de l'alimentation, d'autre part, certains aliments, très agréables au goût et très nutritifs, sont très nuisibles pour les néphrétiques, surtout si leur emploi est un peu prolongé. Tout d'abord il faut éliminer tout ce qui irrite le parenchyme rénal et par suite augmente l'albuminurie. A cette catégorie se rattachent les salaisons et produits fumés, les condiments (moutarde, poivre) et les spiritueux. Le radis agit comme le poivre, selon Penzold. Quelques auteurs rangent aussi dans cette catégorie les œufs ; mais ceux-ci ne sont nuisibles que si l'on en abuse.

Il faut également prendre en considération ce que le malade perd par jour, c'est-à-dire la quantité d'albumine éliminée en 24 heures ; quoiqu'elle soit en général peu importante, avec une albuminurie de 1-2 pour 1000 et une diurèse de 3 litres par 24 heures, le malade ne perd en somme que 6 grammes d'albumine. Si l'on veut remplacer cette albumine éliminée en introduisant beaucoup d'albuminoïdes dans l'organisme, on n'atteint pas le but, car avec une introduction plus grande d'albuminoïdes, par les aliments, il se produit le dédoublement et la séparation d'une plus grande quantité d'albumine et en définitive l'albuminurie ne fait qu'augmenter. Il est plus important de faire attention à l'alimentation générale du malade et de la rendre plus abondante, car, en même temps que la graisse, il se forme aussi un dépôt d'albuminoïdes dans l'économie.

Il ne faut pas, enfin, oublier que le principal rôle du rein, qui consiste à éliminer l'azote (que ce soit sous forme d'urée ou d'autres combinaisons, peu importe), est affaibli. Il faut donc éviter de prendre trop d'aliments riches en azote, d'une part, pour ménager l'organe malade, d'autre part pour éviter la possibilité de la rétention dans l'organisme des produits azotés (même si l'on n'admet pas les théories de l'urémie dépendant de la rétention d'urée ou de carbonate d'ammoniaque). Aussi suffit-il, d'après Senator, de donner à ces malades 70 grammes d'albuminoïdes par jour ; sur cette quantité 30 grammes sont introduits sous forme de viande et 40 sous forme de légumes et de pain. Senator préfère les viandes blanches : veau, mouton, poissons et volailles. La viande doit être répartie de la façon suivante : 100 grammes au dîner et 50 au souper (le tout correspond, à peu près, à 30 grammes d'albuminoïdes).

Quant au lait, il ne faut y recourir, en dehors des accès aigus, que chez les anémiques et affaiblis, ou bien, si l'on veut suralimenter le malade, puisqu'un seul litre de lait donne 600 calories, c'est-à-dire le quart environ de matériaux nutritifs nécessaires.

Les graisses, sous quelque forme et quantité que ce soit, doivent former une partie importante de l'alimentation d'un malade rénal ; dans chaque cas particulier, on se guidera sur le goût et les habitudes du malade pour ce qui concerne l'espèce de graisse. Les aliments du règne végétal sont également permis : pain, légumes, fruits, etc., sous toutes formes.

Bunge dit qu'il faut faire une large part au riz à cause de sa pauvreté en sels.

Pour ce qui est de l'alcool, qui a cependant un rôle nutritif important, il vaut mieux s'en abstenir, car il irrite certainement le rein ; en outre, il augmente probablement l'artério-sclérose, d'après l'auteur. Ce n'est que dans les cas où les malades sont très habitués à l'alcool et ne peuvent pas s'en passer, qu'on peut permettre 500 grammes de bière ou 200,300 de vin ou enfin 50 de cognac ou d'eau-de-vie rectifiée. Quelques-uns préfèrent le vin rouge qui améliore la digestion et qui contient en outre de l'acide tannique, qui agit bien sur le rein malade.

Les vins de fruits et de baies, moins riches en alcool que les vins de raisin, ont une action diurétique, peut être en raison des alcalins qu'ils contiennent.

En résumé le régime chez les néphrétiques chroniques peut-être résumé de la façon suivante :

	Albuminoïdes.	Graisse.	Hydrates de carbone.
1° 150 grammes de viande (pesée crue) qui contiennent...	32 gr.	»	»
2° 350 grammes de pain (200 de pain blanc et 150 de pain de seigle)...	28 gr.	»	185 gr.
3° fruits et légumes à volonté contenant............	10 gr.	»	100 gr.
4° 40 grammes de sucre (pour thé ou café)...........	»	»	40 gr.
5° 100 grammes de beurre...........	»	85 gr.	»
6° 40 grammes de graisse (dans la viande ou la sauce	»	40 gr.	»
En tout.....	70 gr.	125 gr.	325 gr.

Cela donne en se comburant 2.800 calories, ce qui est tout à fait satisfaisant pour un homme adulte, déployant une activité moyenne.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse.

La pleurésie séro-fibrineuse est fréquemment une maladie semi-latente, qui échappe facilement à un examen un peu sommaire et qui, pour être toujours reconnue par le médecin, exige qu'on y pense chaque fois que l'on examine un malade.

Le pleurétique ne se plaint pas toujours d'un violent point de côté, ni d'une dyspnée très pénible. Certes, il faut ausculter toute personne qui accuse un point de côté ou une dyspnée quelconque, mais il faut toujours pratiquer cet exa-

men sur tout sujet simplement mal à l'aise. Une excellente pratique, qui nous a permis de faire bien des découvertes de pleurésie et que nous recommandons à nos lecteurs, c'est d'employer, sur chaque malade soumis à leur examen, la *percussion digitale* ou *manuelle* du thorax, principalement aux deux bases pulmonaires et aux sommets. Avec un peu d'habitude, on parvient aisément à constater une région mate, résistante dans un des côtés ou même des deux côtés de la poitrine, qui est l'indice certain d'une pleurésie simple ou d'une pleurésie double. On vérifie ensuite avec l'oreille les révélations de la percussion et on trouve l'absence de murmure vésiculaire, le souffle aigu, l'égophonie, la pectoriloquie aphone, caractéristiques de tout épanchement liquide pleural. Après avoir fait ce diagnostic primordial, un très grand nombre de points restent à élucider, avant de songer à instituer un traitement rationnel.

I

INDICATIONS DU TRAITEMENT.

Pour bien saisir les indications du traitement de l'épanchement séro-fibrineux de la plèvre, il faut établir plusieurs points principaux : 1° l'origine de l'épanchement : tuberculose, pneumococcie, coli-bacillose, rhumatisme, artério-sclérose, œdème et hydropisie ; 2° la quantité de l'épanchement ; 3° la qualité de cet épanchement ; 4° la température générale et locale du malade ; 5° le degré de réaction du sujet ; 6° la quantité d'urine émise en 24 heures et la teneur de cette urine en albumine, sucre, etc.

1° La question de l'origine des épanchements séreux et séro-fibrineux de la plèvre est fort ardue. On se base généralement, pour la résoudre, sur l'aspect extérieur du sujet et les commémoratifs : chez un sujet jeune, chétif, amaigri, blond vénitien, on pensera naturellement à la tuberculose ; chez une personne en convalescence de pneumonie, de rhumatisme, de grippe, de fièvre typhoïde, on opinera pour une pleurésie typhique, coli-bacillaire, pneumococcique, rhumatismale ; chez un vieillard, on peut croire à la tuberculose, mais surtout à l'artériosclérose, particulièrement s'il n'y a pas de fièvre. Enfin, la latence même de l'affection, sa coexistence avec de l'œdème des membres, de l'ascite, de l'anurie et de l'albuminurie, peut amener à conclure qu'il s'agit d'un épanchement séreux, pleural, hydropique.

2° La quantité du liquide épanché s'apprécie, approximativement, par l'étendue de la matité à la percussion, par la largeur de la zone d'égophonie et surtout par l'estimation digitale de la résonnance des vibrations thoraciques : en appliquant les 4 doigts (index, médius, annulaire, auriculaire) par leur extrémité pulpaire sur chaque espace intercostal mis à nu, et en faisant compter le malade, à haute voix, de trente à cinquante, on note aisément la limite supérieure de l'épanchement par la limite de résonnance amplifiée. Quand l'épanchement atteint le 5e espace, on peut évaluer sa quantité à 1 litre ou 1 litre 1/2 ; dans le 4e espace, on peut évaluer à deux litres ; dans le 3e à 2 litres et demi ; dans le 2e, à 3 litres environ. Suivant que l'épanchement siège à gauche ou à droite, sa gravité est variable : à gauche, même avec 1 litre et demi, l'espace pleural étant plus étroit qu'à droite, le péricarde est comprimé et le cœur refoulé sur la ligne médiane ; avec 2 litres, le cœur est rejeté à droite. Au côté droit, au contraire, l'espace pleural est plus vaste et l'épanchement peut être plus abondant, sans occasionner de déplacement notable : seul, le poumon est refoulé vers le haut. Dans l'appréciation de la quantité de liquide, il y a une cause d'erreur possible, qu'il ne faut pas oublier, c'est la fréquence des épanchements interlobaires, le liquide peut s'insinuer et former poche entre les lobes pulmonaires et une quantité d'1/2 à 2/3 de litre peut passer inaperçue.

3° En ce qui concerne la qualité du liquide épanché, sérosité ou sérum fibrineux, il est assez aisé de se renseigner. Comme signes de présomption en faveur de la sérosité simple, on se base sur l'existence simultanée d'œdèmes d'hydropisies, abdominales, crurales, scrotales ou labio-vulvaires ; en faveur du sérum fibrineux, on se fonde sur l'existence de la fièvre, sur l'origine tuberculeuse, ou pneumococcique (a frigore) de la pleurésie et sur l'absence d'œdème de la paroi thoracique. Comme signe de certitude, on peut recourir, après lavage soigné de la peau, à une ponction aseptique à la seringue de Pravaz.

4° La température locale (Peter) est obtenue en plaçant le thermomètre dans chaque aisselle successivement : la différence d'un degré ou seulement de quelques dixièmes en plus, est en faveur d'une pleurésie aiguë séro-fibrineuse (tuberculeuse, pneumococcique ou rhumatismale) ; l'égalité de température est en faveur d'une pleurésie d'artério-sclérose, d'hydropisie, etc., d'allure chronique ou au moins subaiguë.

La température générale peut être normale ou peu s'en faut, 37-8, 38° par exemple, sans que l'on puisse croire à un épanchement léger ; généralement, la pleurésie s'accompagne de fièvre et la température générale peut osciller entre 38°5 et 39°5 : la haute température indique non un épanchement abondant, mais une évolution rapide et grave.

5° Le degré de réaction du sujet s'apprécie par la fièvre et aussi par l'intensité de la douleur intercostale et de la dyspnée. Pour une pleurésie avec absence de douleur et de dyspnée, on peut temporiser et compter sur la médication expectative plus ou moins masquée ; mais, pour une forte douleur intercostale, pour une violente dyspnée, il faut soulager promptement le malade et l'indication d'agir vite et énergiquement se pose d'emblée.

6° La quantité d'urine émise en 24 heures est fort importante à connaître : c'est la soupape de sûreté, c'est le robinet de purge de la machine encombrée par l'épanchement pleural : si l'urine marche, le médecin n'a qu'à stimuler cette fonction, pour aider la nature à se débarrasser de l'épanchement ; mais si le filtre urinaire est tari, si le malade fait 500, 600, 800 grammes en 24 heures, la situation est délicate, il faut une intervention réellement efficace, la nature livrée à elle-même court le risque d'être vaincue. Enfin, l'urine contient-elle de l'albumine ? question capitale qu'une analyse rapide suffit à résoudre et qui éclaire le diagnostic comme la thérapeutique.

Tout médecin sérieux et véritablement pénétré de sa mission scientifique et humanitaire ne

saurait entreprendre le traitement d'une pleurésie, sans être préalablement pourvu des six renseignements primordiaux que nous venons d'indiquer ; ce sera pour lui la meilleure manière d'éviter les échecs et de montrer au malade et à son entourage qu'il ne marche pas à l'aveuglette ; car rien n'est important comme de paraître suivre une ligne de conduite fixe et bien précise, même dans les cas où l'on sent franchement que la science est impuissante et que l'on flotte au caprice des événements.

II

TRAITEMENT.

Les moyens de traitement de la pleurésie, avec épanchement séreux ou séro-fibrineux, peuvent se classer en trois groupes : les révulsifs, les diurétiques, l'évacuation chirurgicale du liquide. On pourrait en ajouter un quatrième : l'expectation et les moyens de la masquer.

Or, il n'est pas indifférent de choisir au hasard entre ces divers moyens et de croire que, selon qu'on a telle ou telle opinion personnelle, on devra recourir à l'un de ces quatre moyens. Trop souvent la méthode adoptée soi-disant par tel ou tel praticien n'est qu'un trompe-l'œil qui cache son ignorance ou sa négligence. On ne doit pas dire : Suivrons-nous la méthode du Dr X., qui traite les pleurésies par les vésicatoires ? ou adopterons-nous la conduite du Dr Y.. qui ponctionne et évacue tous les épanchements ? ou enfin, celle du Dr Z., qui laisse le malade au lit et lui donne quelques diurétiques, en attendant que l'épanchement se résorbe seul ? Non, ce n'est pas là de la science : tel cas exige une ponction, tel autre un ou plusieurs vésicatoires, tel autre, les diurétiques seuls. C'est faute d'étudier les six questions que nous avons envisagées, que l'on prescrit au hasard tel traitement un jour, tel autre, un autre jour, ou bien que l'on applique toujours le même traitement de parti-pris, sans réflexion.

Donc, renseignons-nous d'abord sur la quantité, la qualité, l'origine de l'épanchement, sur la température, sur le degré de réaction, sur l'urine du sujet et nous pourrons sûrement appliquer le meilleur traitement.

Un épanchement abondant de 2 à 3 litres, surtout s'il siège à gauche, réclame une ponction immédiate, qu'il soit séreux ou séro-fibrineux, qu'il s'accompagne ou non de fièvre, qu'il y ait diurèse ou non.

Pour pratiquer la ponction ou thoracentèse, on emploie l'appareil à faire le vide de M. le prof. Potain. Un trocart à robinet du calibre n° 2, c'est-à-dire d'1 1/2 à 2 millim. de diamètre est aseptisé, flambé ou bouilli : on l'adapte à un tube à index qui communique avec un flacon où le vide est fait au moyen de la pompe aspirante. Au fond du flacon à vide, on a eu la précaution d'introduire un peu d'huile d'olives, pour éviter que le liquide aspiré ne mousse. L'appareil est essayé avec de l'eau bouillie ou de l'eau phéniquée, pour s'assurer de son bon fonctionnement. On fait alors coucher le malade sur le côté sain ; on met à nu le thorax du côté malade et on cherche le 7e ou le 8e espace intercostal sur la ligne axillaire postérieure. La peau est lavée, frottée au savon et au sublimé à 1/1000, puis à l'alcool pur et à l'éther, enfin recouverte d'une compresse imbibée d'eau bouillie chaude. L'espace intercostal est découvert seul et le médecin, ayant les mains et les ongles brossés et antiseptisés, empoigne le trocart, l'enfonce sans hésitation entre deux côtes dans le 7e ou le 8e espace, en prenant soin de déplacer un peu la peau au-dessus ou au-dessous et de raser le bord supérieur de la côte inférieure, afin d'éviter de blesser les vaisseaux. On ouvre, alors, le robinet, la pointe du trocart étant seule retirée, puis on observe l'aspiration qui se fait dans le flacon. Le jet d'écoulement doit être modéré de façon à ne pas être trop rapide. Si le malade se met à tousser, on suspend l'aspiration quelques minutes. S'il est faible, on lui donne à boire un peu de vin chaud ou de potion cordiale.

Enfin, on fait plusieurs fois le vide dans le flacon, en fermant chaque fois le robinet du trocart, pour faire une aspiration aussi complète que possible. La plèvre ne doit pas être vidée à siccité, afin d'éviter la reproduction rapide de l'épanchement *ex vacuo*. Puis, le trocart est retiré brusquement, l'orifice de ponction fermé avec un tamponnet d'ouate hydrophile et du collodion antiseptique. Un bandage de corps maintient le thorax un peu comprimé et le malade est mis au repos complet. Au besoin, une piqûre de morphine de 0.005 mmg. lui procurera sûrement un sommeil bienfaisant et réparateur. S'il survenait de l'expectoration albumineuse, on ferait respirer de l'oxygène et boire quelques gorgées de champagne : une injection d'éther ou de sérum artificiel serait aussi indiquée. Le liquide retiré par la ponction est conservé 48 heures, pour examen du caillot fibrineux et évaluation exacte du liquide épanché et de sa composition.

Le malade est ensuite examiné tous les jours et soumis au régime lacté et aux diurétiques, tels que digitale, sirop des cinq racines, pariétaire, chiendent nitré, théobromine 0,50 centig. à 0.75 centig. Souvent, au bout de 10 à 15 jours, une nouvelle thoracentèse est nécessaire avec les mêmes précautions que la première. Il est rare qu'il faille recourir à une 3e opération.

Quand l'épanchement est d'1 litre 1/2 et au-dessous, on doit subordonner la ponction à l'intensité de la dyspnée et à l'anurie, mais surtout, au degré de déplacement du cœur.

En général, il vaut mieux s'abstenir quand la fièvre est intense. De plus, les épanchements par rhumatisme, par pneumococcie, sont facilement résorbables, tandis que les épanchements séreux dus à l'hydropisie, à l'artério-sclérose n'ont aucune tendance à se résorber, à moins d'une intégrité parfaite du rein qui permette une stimulation urinaire énergique.

Les pleurésies tuberculeuses peu abondantes sont rarement justiciables de la ponction.

Dans les cas où la ponction n'est pas indiquée, on devra analyser minutieusement l'urine et se rendre compte de sa quantité et de sa teneur possible en albumine, avant d'appliquer un vésicatoire. Le premier moyen à employer, c'est le repos au lit accompagné du régime lacté et d'un diurétique puissant comme la digitale, si le rein est sain ; comme la théobromine, si le rein est douteux. Contre le point de côté et la dyspnée, un révulsif énergique comme les ventouses scarifiées, ou 6 à 8 sangsues et des inhalations d'éther. Plusieurs auteurs ont conseillé récemment

les badigeonnages de gaïacol pur (1 à 2 gr.), contre la pleurésie tuberculeuse, ou de salicylate de méthyle contre la pleurésie rhumatismale, en ayant soin de recouvrir le badigeonnage d'un imperméable de gutta-percha.

Enfin, quand on aura constaté le bon état du rein, la tendance à la fièvre et l'impuissance de la diurèse à évacuer le liquide pleural, on aura recours aux vésicatoires camphrés de 12 à 15 cm.q chez les adultes, de 6, 8, 10 cm. q chez les enfants, en ayant soin d'attendre, pour appliquer un 2e vésicatoire, que le premier soit presque sec et en évitant d'appliquer plus de 3 vésicatoires consécutifs. Pendant la vésication, on insistera sur le régime lacté, le repos et les diurétiques associés aux purgatifs ; de plus, on pansera les vésicatoires avec toutes les précautions antiseptiques requises, afin de conjurer tous leurs accidents possibles.

Habituellement, cette médication amène la guérison de toute pleurésie en 3 ou 4 semaines, mais il faut se rappeler que les épanchements pleuraux, chez les artério-scléreux, peuvent durer 4, 5, 6, 12 mois même, sans que l'on doive pour cela désespérer de les guérir.

Dr Paul Huguenin.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

De la conduite à tenir en cas de procidence du cordon.

Par le Dr Paul Petit.

Il y a *procidence vraie* quand le cordon précède la présentation. Il y a *procubitus*, quand il l'accompagne (Pinard).

Les causes de la procidence s'identifient aux conditions défavorables à l'accommodation pelvienne et surtout : multiparité, placenta prævia (principalement quand le cordon est inséré à la partie inférieure du placenta), viciation pelvienne.

Il faut savoir que la procidence peut avoir lieu avant la rupture des membranes. Le trouble du rhythme fœtal, l'écoulement du méconium, peuvent la faire soupçonner, mais on ne la reconnaît que par le toucher, à la forme même du cordon, à ses battements, si le fœtus est encore vivant. Ce toucher doit être pratiqué dans l'intervalle des contractions : c'est indispensable, tant pour arriver au diagnostic cherché, que pour éviter la rupture de la poche des eaux, si celle-ci est intacte. C'est également utile pour établir le pronostic, car la cessation des battements de la tige funiculaire peut n'être que momentanée et dépendre seulement de la contraction utérine ; mais en bonne pratique, il ne faut donner à l'existence ou à l'absence de ces battements qu'une valeur pronostique secondaire et n'affirmer la vie ou la mort du fœtus que d'après l'auscultation du cœur fœtal.

Il faut rejeter d'emblée tous les *instruments réducteurs* et ne se servir, pour réduire le cordon, que de la main.

Il faut introduire la main tout entière dans le vagin, deux ou plusieurs doigts dans l'utérus et *rétropulser en masse le cordon au-dessus des grands diamètres de la présentation en passant par la voie la plus accessible*.

I. — Il y a présentation du sommet.

1° *La dilatation est incomplète.* — Si les membranes ne sont pas rompues, il faut tâcher de réduire le cordon, sans les rompre, à cause des inconvénients de la rupture prématurée, à moins toutefois que la grande quantité de liquide amniotique ne nuise au travail, en déterminant une tension permanente des membranes et ne s'oppose à la fixation de la tête.

Ce serait une grosse erreur de croire que l'intégrité de la poche des eaux permette la temporisation. Le cordon peut être comprimé dans une poche intacte et, suffisamment, pour que le fœtus en meure.

Le cordon une fois réduit, on doit le maintenir réduit en *fixant* la tête, au-dessus du pubis, avec sa propre main libre ou avec la main d'un aide, puis remplacer cette main par un bandage de corps compressif. On ne doit pas se considérer comme satisfait avant d'avoir constaté le retour du rhythme fœtal normal.

Si le cordon retombe à mesure qu'on le rétropulse, ce qui arrive ordinairement avec le placenta prævia, il faut le maintenir avec un ballon Champetier, mais faire en sorte que ce ballon ne produise précisément pas l'accident que l'on cherche à éviter, la compression du cordon. On arrive plus facilement à un bon résultat avec un ballon de petit volume. Au reste l'auscultation est là pour apprendre, si l'on a ou non réussi.

Si l'on n'a pas de ballon Champetier ou si l'on avait un unique ballon qui a crevé, ce qui se voit, il faut se résigner à garder la main dans la cavité utérine, au besoin plusieurs heures, pour maintenir le cordon réduit et supporter l'effet de la contraction. M. Pinard raconte volontiers être ainsi resté étendu auprès d'une femme, durant 6 heures, dans cette situation peu enviable.

2° *La dilatation est complète.* — Il faut terminer l'accouchement le plus tôt possible par le forceps ou tel autre moyen indiqué par les circonstances spéciales.

II. — Il y a présentation vicieuse.

Avant dilatation complète, il faut tâcher de transformer la présentation par des manœuvres externes, qui, malheureusement, échouent souvent, surtout si le placenta est inséré sur le segment inférieur. En tout cas, rejeter la version combinée de Braxton Hicks qui, en excitant d'une façon trop prolongée la sensibilité du fœtus, l'engage à des inspirations prématurées.

Si les manœuvres externes ont réussi, on rentre dans les cas prévus plus haut. Si elles ont échoué, il faut d'emblée, après réduction, recourir au ballon ou à la main à demeure, pour maintenir le cordon réduit.

Dès que la dilatation est complète, procéder le plus rapidement possible à l'extraction.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins communaux en Algérie.

De toutes les situations médicales en Algérie, celle du médecin communal dans les centres ruraux, est, à coup sûr, la plus difficile, la plus précaire et la moins honorée.

Ce fait est tellement connu de tout le corps médical, qu'il ne mériterait pas d'être relevé ici, si cette constatation ne devait aboutir qu'à de vaines et stériles récriminations. Mais la *Revue Médicale de l'Afrique du Nord*, qui se propose d'être l'organe de toutes les revendications justes et honnêtes de ceux qui, dans notre colonie, exercent l'art de guérir, ne saurait garder le silence sur une question qui touche de si près, dans leurs intérêts matériels et leur dignité professionnelle, une catégorie nombreuse de médecins, honorables à tous les points de vue.

C'est donc une campagne, ayant pour but de relever le médecin communal, de le soustraire aux mesquines tracasseries auxquelles il se trouve en butte chaque jour, de lui assurer une situation plus stable et plus digne de lui, que nous commençons aujourd'hui. Mais pour mener à bien la tâche, que nous nous sommes imposée, nous avons besoin du concours de tous ; il faut que nous soyons assurés que notre action répond à un besoin commun ; il faut, enfin, que nous marchions la main dans la main, avec les confrères, qui, comme nous, sont persuadés que l'heure est venue de secouer la torpeur dans laquelle nous nous engourdissons depuis trop longtemps, pour revendiquer hautement la place honorable qui nous revient au sein de cette population algérienne, à laquelle nous ne ménageons, dans aucun cas, ni notre zèle, ni notre dévouement.

Nous prions donc instamment tous les confrères qui sont intéressés dans cette question, de nous envoyer, par lettre, leur adhésion à la campagne que nous entreprenons, de nous donner leur avis sur les voies et moyens propres, selon eux, à aboutir à la solution désirée : *amélioration de la situation du médecin communal* ; leur assurant, de notre côté, la discrétion la plus absolue, au sujet de leurs communications et leur affirmant que quelle que soit la forme de notre intervention auprès des pouvoirs publics, elle aura pour base la *conservation des situations acquises*.

Ces quelques déclarations nettement établies, examinons quelle est actuellement la situation du médecin communal.

Nommé par le Maire, révocable, sans contrôle et sans appel possible, par cet omnipotent personnage, le médecin communal se classe, par le fait seul de sa nomination, dans la catégorie des employés communaux et prend rang, aux yeux d'une municipalité et d'une population, le plus souvent peu éclairées, entre le garde-champêtre et le cantonnier de la commune.

Il doit être avant tout, s'il tient à conserver quelque temps ses fonctions, l'homme de M. le Maire ; prendre, en toute occasion, le mot d'ordre auprès de cet important magistrat municipal ; témoigner la plus entière déférence à M. le Secrétaire de la Mairie — personnalité influente et redoutable — s'abstenir de toute initiative ; ne fréquenter que les personnes agréables à la municipalité et fuir, comme pestiférés, tous ceux qui, à tort ou à raison, se trouvent rangés dans le groupe de l'opposition.

Telles sont les conditions fondamentales et tacites auxquelles le médecin communal doit souscrire, dès le jour de son entrée en fonction. S'il ne se sent pas la force et le courage de subir cette pression incessante, cette assimilation de tous les instants, il n'a qu'à boucler ses malles et à porter ses pas sous un ciel plus hospitalier.

Se soumettre ou se démettre, *that is the question*.

Accepte-t-il, les yeux fermés, cette situation subalterne et humiliante, dans l'espoir de conserver des appointements, qui lui assurent à peu près la vie matérielle, il n'a point acquis, pour cela, la moindre certitude pour l'avenir. Du fait qu'il est *personna grata* à M. le Maire, il devient la bête noire de tout le clan opposé et alors, de ce côté, les ennuis commencent, les exigences apparaissent, les dénonciations se succèdent, jusqu'à ce que M. le Maire, soucieux de sa tranquillité et désireux de ne pas se compromettre, se décide, *la mort dans l'âme*, à se priver des services de son cher médecin.

C'est surtout au moment des élections municipales, que se produisent les grandes hécatombes de médecins communaux et c'est sur le dos et aux dépens de ces malheureux praticiens que s'opèrent des réconciliations qui ne durent, hélas ! que l'espace d'un matin.

Un vieux confrère, qui avait l'expérience des choses de la médecine communale me disait, il y a, quelques années : « Dans la médecine communale, quel que soit votre talent, quels que soient votre dévoûment, votre zèle, votre désintéressement, vous ne pouvez tabler sur un séjour de plus de deux années, en moyenne, dans la même commune. Au bout de ce temps vous êtes absolument usé et il ne vous reste qu'à vous précautionner d'un autre poste, sans attendre un remerciement ou une révocation qui ne saurait tarder à se produire. »

Je trouvais, à ce moment, mon vieux confrère un peu pessimiste, mais, depuis, j'ai reconnu que d'une façon générale, il était dans le vrai.

Je reconnaîtrai volontiers, cependant, que, dans toutes les communes, la situation n'est pas aussi tendue et aussi difficile ; j'ai rencontré, parmi les Maires algériens, quelques braves gens, intelligents, honnêtes et indépendants, qui ne se laissaient pas influencer par les clabauderies idiotes de quelques braillards, qui ne cédaient pas à des exigences ridicules, à des rancunes injustifiées et qui se faisaient un devoir de soutenir le médecin qu'ils avaient apprécié dans l'exercice de ses fonctions.

Mais, malheureusement, ce sont là des exceptions et l'exception, que je sache, n'a jamais infirmé la règle.

En dehors de cette servitude inévitable et écœurante envers un Maire, une municipalité et une population généralement malveillante, il convient de mentionner les exigences excessives que le médecin doit subir, de par son engagement avec la commune.

C'est d'abord un tarif honteux, auquel il doit se conformer envers les rares clients qui consentent à rétribuer ses services : des visites à un franc, des accouchements à des prix qu'une sage-femme de 2e classe trouverait dérisoires, des consultations journalières gratuites et, le plus souvent, des déplacements lointains et périodiques, sans la moindre rétribution.

Beaucoup de médecins, soucieux de leur dignité et craignant, avec juste raison, de déchoir à leurs propres yeux, en acceptant de si minimes honoraires, renoncent au bénéfice du tarif municipal et préfèrent ne réclamer à personne le prix de leurs soins. Pensez-vous, qu'en agissant ainsi, ils s'attirent des sympathies et acquièrent des droits à la reconnaissance du public ? Erreur ; ils sont, disent ces bons colons, assez grassement payés par la commune, pour être gratuitement à notre service, de jour et de nuit : nous ne leur devons rien, pas même un bout de reconnaissance.

Dans certaines communes, des exigences d'un autre ordre viennent s'ajouter aux précédentes : ici, le médecin ne pourra quitter le territoire de la commune et aller donner des soins à un malade, en dehors de ce territoire, sans une autorisation expresse du Maire ; là, il devra se subordonner au médecin militaire — s'il y a une garnison dans la localité — et ne gêner en rien la pratique civile de ce confrère galonné.

Je n'en finirais pas si je voulais énumérer toutes les précautions prises pour garrotter le médecin communal et faire de lui l'esclave de toute une popula-

tion. Déboires, humiliation, écœurement de tous les moments, il doit tout accepter pour conserver la maigre allocation qui le fait à peu près vivre ; il doit bien se garder, surtout, de récriminer, car il s'attirerait, sans doute, cette verte réponse que faisait, naguère, un Maire de ma connaissance à son médecin : « Vous devez vous estimer bien heureux de la situation que nous vous faisons, car il ne tiendrait qu'à nous de réaliser une notable économie en vous remplaçant ; les demandes affluent et nous n'avons que l'embarras du choix, même à un traitement inférieur à celui que vous touchez. »

Et M. le Maire a raison; par ce temps de pléthore médicale, où la lutte pour l'existence se poursuit avec acharnement, l'offre prime la demande et, par suite, les situations médicales tendent à devenir de plus en plus mesquines.

L'auteur de ces lignes en a eu dernièrement une preuve convaincante : comme il venait de quitter volontairement un poste, qu'il occupait depuis plusieurs années et où il était honorablement rétribué, il a vu affluer une multitude de compétiteurs à la succession qui venait de s'ouvrir et, en fin de compte, le confrère qui a décroché la timbale, est celui qui a accepté le plus fort rabais. — Un tiers — sur le traitement primitif.

Il faut bien avoir le courage de le dire : Si la situation du médecin communal, qui n'a jamais été ni bien brillante, ni bien stable, devient de jour en jour plus précaire et menace de devenir, à bref délai, absolument impossible, c'est à cette concurrence effrénée, à cette course au clocher, vers la place rétribuée, que nous devrons ce résultat.

L'encombrement médical des villes ne permet plus le classement des longues théories de jeunes médecins qui sortent chaque année de nos écoles ; il leur faut un débouché et, comme la médecine de colonisation ne les tente guère, avec ses résidences éloignées, c'est sur la médecine communale qu'ils jettent leur dévolu. Ils ignorent tous les inconvénients du métier et ne se doutent guère des déboires qui les attendent : ils ne voient qu'une chose, l'allocation mensuelle, qui brille à leurs yeux comme le miroir qui fascine l'alouette au lever du soleil.

Dès lors la lutte est engagée et nos jeunes confrères descendent dans l'arène avec l'idée bien arrêtée de triompher *per fas aut nefas* et aucune considération ne doit plus les arrêter.

Ils ne chantent point comme dans la « Marseillaise » :

« Nous rentrerons dans la carrière quand nos aînés
[n'y seront plus...

Non. Ils n'entendent point marquer le pas ; il leur faut le triomphe immédiat, dussent-ils, pour arriver à leur but, marcher sur le ventre de ces *aînés* qu'ils regardent comme des ennemis, parce qu'ils détiennent les places qu'ils convoitent.

C'est le *Struggle for life* à outrance, avec tous les écœurements des marchandages, des rabais, des démarches louches auprès de M. le Maire, avec lettres de recommandation à l'appui, des courbettes auprès de M. le Secrétaire de la Mairie et, enfin des réclames éhontées dans les feuilles de choux de l'arrondissement.

Le plus souvent de si consciencieux efforts sont couronnés de succès et le titulaire du poste convoité se voit, un beau matin, brutalement renvoyé comme un incapable ou un malhonnête homme.

C'est principalement à l'occasion des remplacements que se commettent ces petites infamies professionnelles.

Un médecin communal a-t-il besoin d'un congé de quelque durée, pour rétablir sa santé compromise par le climat ou par les fatigues de la profession ; désire-t-il simplement pouvoir se retremper pendant un mois ou deux dans un milieu intellectuel plus approprié à son éducation première ? Qu'il prenne garde, car en se donnant un remplaçant, huit fois sur dix, il introduit le loup dans la bergerie et il a toutes chances de trouver, au retour, sa situation gravement compromise, sinon totalement perdue.

Si M. le Maire, circonvenu par les promesses de dévouement, par le zèle exagéré du jeune néophyte, n'ose, par un reste de pudeur, révoquer son médecin communal, par un arrêté brutal, il saura bien se faire forcer la main, en organisant ces pétitions clandestines, que nous connaissons tous, qui se signent sur le comptoir du marchand de vins, entre deux verres d'absinthe.

Ce fait du danger des remplaçants est tellement vrai, qu'à l'heure actuelle la plupart des médecins communaux se privent d'un repos souvent bien nécessaire, plutôt que de s'exposer à perdre leur place, en s'éloignant momentanément.

Pour eux, c'est donc l'exil ininterrompu, sans une heure de rémission, au milieu d'une population hétérogène, dont ils n'ont ni les mœurs, ni les aspirations, dont ils ne partagent ni les joies, ni les plaisirs ; dans un milieu social où, par le fait de leur culture intellectuelle et de leurs études antérieures, ils se trouvent forcément isolés. Comme Ovide, exilé chez les Scythes, le médecin communal peut se dire avec raison :

« *Barbarus hic ego sum, quia non intelligo illos.* »

Ces constatations sont certainement pénibles à faire et, personnellement, il nous en coûte de mettre au jour toutes les misères dont souffre notre profession, par la faute de quelques-uns de ses membres.

S'il ne s'agissait que d'intérêts purement matériels, de questions de gros sous, comme on dit vulgairement, nous eussions préféré de beaucoup garder un silence absolu ; mais nous envisageons ces tristes errements à un point de vue beaucoup plus large et plus général; nous croyons de notre devoir de dire ici notre pensée, toute notre pensée.

Dans ces compétitions acharnées, dans ces manœuvres tortueuses, dans ces machinations inavouables, dont le but est toujours la conquête d'une minime situation, nous voyons un symptôme effrayant de l'affaiblissement progressif de cette dignité professionnelle dont l'Ecole Française s'est toujours montrée, jusqu'à ce jour, si jalouse et si fière. Nous y voyons, à bref délai, la perte du prestige que devraient nous assurer, auprès des populations, une instruction supérieure, une éducation parfaite et une vie irréprochable.

Nous avons à lutter contre le mauvais vouloir, contre la haine, contre la jalousie des municipalités et des habitants; n'est-ce pas assez ?

Faut-il encore que nous soyons obligés de nous tenir, sans cesse, en garde contre les embûches de confrères peu scrupuleux ?

Voilà où réside le plus sérieux péril.

Si des mœurs pareilles s'implantent parmi nous, ce sera, à n'en point douter, la ruine complète, la déchéance prochaine et irrémédiable de la profession médicale, que nos pères, par leur correction, par leur vie toute de zèle et de désintéressement avaient su faire si belle et si honorée...

Ce n'est point là un réquisitoire que nous formulons contre tel ou tel confrère : loin de nous l'idée de faire la moindre personnalité : c'est contre certaines tendances nouvelles, que nous nous élevons, d'une façon générale.

Du reste — pourquoi ne l'avouerions-nous pas — nous nous sentons tout porté à l'indulgence pour certaines défaillances personnelles et isolées et nous reconnaissons volontiers que bien des circonstances atténuantes militent en faveur de quelques jeunes confrères, qui se sont engagés, inconsciemment, dans une carrière tellement encombrée qu'il devient de plus en plus difficile d'y trouver le pain quotidien.

Le *Malesuada fames* est vrai de nos jours, comme jadis.

D'un autre côté, dans nos écoles, la partie déontologique n'est-elle pas par trop négligée ?

Il ne suffit pas, à notre avis, de faire des médecins instruits et distingués, il faut encore en faire

des hommes ayant conscience de la dignité professionnelle et des devoirs envers les confrères,

Si de tels enseignements étaient donnés dans les cours, *que de maîtres auraient besoin de retourner à l'Ecole!*

Par ce qui précède, nous avons exposé la pénible situation des médecins communaux en Algérie. Nous avons montré que le mal dont souffre la profession provient de deux causes : la dépendance absolue dans laquelle ils se trouvent vis-à-vis du Maire ; la lutte acharnée qui se livre, depuis quelques années, entre confrères, autour des situations rétribuées.

Ces deux causes du mal s'ajoutent et se complètent, car, si le Maire, dont souvent (dans les cantons algériens) l'outrecuidance n'a d'égale que la nullité, ne montre que trop de tendances à abuser de son pouvoir vis-à-vis du médecin, son subordonné, n'est-il pas encouragé dans cette voie par les zizanies qui existent entre confrères, par les flagorneries, par les bassesses dont il se voit entouré, parce qu'il dispose à son gré d'une place, objet de tant de convoitises ?

Contre cette concurrence acharnée, contre cette lutte qui devient de jour en jour plus ardente, nous ne pouvons guère réagir directement, car elles sont, comme nous l'avons dit, le résultat de cet encombrement professionnel, que nous devons subir, tout en déplorant ses désastreux effets.

Mais, où tous nos efforts doivent tendre, c'est à nous soustraire à cette tutelle humiliante des Maires, à nous affranchir de cette tyrannie grotesque et odieuse, qui se fait sentir par des tracasseries quotidiennes jusqu'au jour où elle s'affirme brutalement, en nous congédiant comme des valets.

En redevenant des hommes libres vis-à-vis des Municipalités, nous mettrons fin, du reste, à toutes les compétitions, à toutes les compromissions, à toutes les machinations ténébreuses, dont M. le Maire est le centre, parce qu'il est le maître souverain, quand il s'agit de créer ou de briser un médecin communal.

Si nous avons poussé le cri d'alarme, si nous avons l'intention de porter nos doléances devant les pouvoirs publics, ce n'est point, — que personne ne s'y trompe — dans un but d'intérêt personnel ou par camaraderie, envers tel ou tel confrère, dont la situation est plus ou moins menacée.

Nous visons plus haut et plus loin : nous voulons soutenir, de toutes nos forces, le prestige et la dignité du médecin ; nous voulons que la situation qu'il occupe soit à l'abri d'un Maire presque toujours incapable de juger son médecin communal ; nous voulons, enfin, que la nomination et la révocation des médecins communaux procèdent d'une autorité supérieure, intelligente et intègre.

La question méritait d'être étudiée et exposée au grand jour, car le nombre des médecins communaux, à l'heure actuelle; n'est point quantité négligeable et ce nombre augmente chaque année, au fur et à mesure que certains postes de colonisation sont supprimés par le Gouvernement général.

La question des médecins communaux devient donc une question d'intérêt général et, à ce point de vue, elle est digne de fixer l'attention des pouvoirs publics.

Il ne suffit point, en effet, pour le gouvernement, de supprimer un poste de colonisation, parce que la commune possède les ressources nécessaires pour assurer le service ; il ne peut se désintéresser de ce qui va se passer lorsque le médecin de colonisation sera parti.

Le Maire possède-t-il l'intelligence et les connaissances nécessaires pour faire choix d'un médecin ?

Ce choix fait, le Maire a-t-il une dose d'intégrité et d'équité suffisante pour lui rendre justice dans tous les cas ; a-t-il assez de fermeté pour le soutenir au besoin ?

Ces questions sont résolues aussitôt que posées pour tous ceux que savent ce que sont les Maires — pour la plupart du moins — des centres ruraux algériens.

Quelques-uns savent à peine tracer leur nom, en caractères informes, au bas des actes de l'Etat civil.

Tels sont les personnages principaux à la merci desquels le médecin communal se trouve livré sans défense, comme les premiers chrétiens étaient livrés aux bêtes ; dont il doit subir les outrages ; et par lesquels il se verra, un jour ou l'autre, expulsé ignominieusement.

Par quelle faute, par quelle tache originelle le médecin communal a-t-il mérité pareils traitements et pareil abandon ?

En vérité, nous l'ignorons.

Le médecin communal est généralement un homme modeste, instruit, plein d'abnégation, qui ne demanderait qu'à accomplir en paix sa besogne souvent bien pénible et bien répugnante.

Il se recrute fréquemment parmi les médecins de colonisation, qui abandonnent volontairement la carrière pour éviter un poste éloigné ou malsain ; parmi les médecins de l'armée ou de la marine, démissionnaires ou retraités ; enfin, parmi les médecins civils, alléchés par la perspective d'une allocation qui leur assure la vie matérielle.

Tous ont un passé irréprochable et sont dignes de l'estime des honnêtes gens.

Et ce sont ces hommes, habitués aux égards de leurs chefs et à la considération publique, qui, du jour au lendemain, tombent sous la domination des maires d'Algérie, qui se voient, par un caprice du maître, frappés, sans appel possible, dans leur situation et dans leur honneur !

Concluons. Le Gouvernement général ne peut se désintéresser de la question des médecins communaux pour plusieurs motifs :

D'abord, parce que les médecins communaux représentent une collectivité importante ; en deuxième lieu, parce que, en raison des services qu'ils rendent, en raison de leur honorabilité incontestée, ils ont droit à la protection et à la justice des gouvernants ; en troisième lieu, et c'est peut-être le point le plus important, parce que, si l'état de choses actuel persistait, on ne tarderait pas à voir baisser le niveau moral de la profession médicale en Algérie.

Enfin, parce que les populations elles-mêmes ont droit à la protection de l'État et que, quand il s'agit d'une chose aussi importante que la santé publique, celui-ci ne peut se désintéresser et abdiquer son pouvoir entre des mains incapables ou indignes.

Nous demandons donc que le Gouvernement général prenne en main le service médical des communes de plein exercice, comme il détient le service médical de colonisation ; que ce soit par ses soins que les nominations de médecins communaux soient faites et les révocations prononcées, après enquête.

Nous n'ignorons point l'objection qui nous sera faite : ce sont les communes qui subventionnent de leurs propres deniers, leurs médecins ; le droit de nomination et de révocation leur appartient donc de plein droit, en vertu de ce vieil adage : celui qui paie, commande.

Cette objection n'est que spécieuse et nous le prouverons par un exemple frappant :

Dans les communes où il existe un receveur municipal spécial, quelle est l'autorité qui investit cet agent ? Tout le monde sait que, selon l'importance des recettes municipales, la nomination émane ou du Préfet ou du Ministre des Finances.

Et, cependant, le receveur est uniquement salarié par la commune ! Le Ministre ou le Préfet intervient seulement pour nommer et contrôler cet agent des finances communales ; la commune le paie.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le médecin communal ? La santé publique est-elle moins importante et moins respectable que la gestion des finances ?

Notre proposition n'a donc rien d'excessif ni de révolutionnaire !

L'état userait, en la ratifiant, du droit indéniable de protection et de contrôle qui lui appartient.

Depuis longtemps nos confrères de la colonisation réclament la création d'un poste d'Inspecteur général du service médical de colonisation. Nous ne pouvons qu'approuver et appuyer cette demande qui nous semble juste à tous points de vue ; seulement, nous souhaiterons que les attributions du dit inspecteur — qui devrait être forcément un médecin — fussent plus étendues et, qu'en dehors de la médecine de colonisation, son contrôle s'exerçât aussi sur la médecine communale.

C'est sur sa proposition que les nominations devraient être faites, de même que les révocations ne pourraient être prononcées que d'après son avis et après enquête ordonnée par lui.

Ce haut fonctionnaire pourrait alors prendre le titre d'inspecteur général des services médicaux civils en Algérie.

Nous pensons que la création de ce service répondrait à un réel besoin et donnerait satisfaction à des intérêts multiples et respectables.

Dr X., médecin communal,
Membre du Concours médical.

« En résumé, notre confrère demande : 1° que la « commune propose au Gouvernement la nomina- « tion et que ce soit le Gouvernement de l'Algérie « qui nomme les Médecins communaux ; 2° que la « commune propose au Gouvernement la révoca- « tion, et que ce soit le Gouvernement de l'Algérie « qui révoque, après enquête.

« Notre confrère cite l'exemple des Receveurs « municipaux qui, payés par des communes, ne « sont pas nommés par elles. Nous pourrions ajouter « à cet exemple, celui des Commissaires de Police. « Nous engageons tous nos confrères communaux « à nous faire connaître leur avis. »

(*Revue médicale de l'Afrique du Nord.*)

N. D. L. R. — Au moment où nous venions de prendre connaissance de cette intéressante étude, nous recevions d'un autre médecin communal, également membre du Concours, la lettre suivante qui s'y rapporte. Comme son confrère, celui ci demande que nous ne fassions pas connaître son nom, et cela indique bien le sentiment de perpétuelle insécurité, dans lequel vit le médecin communal.

Monsieur le Directeur,

Le médecin communal, auteur de cet article, préconise comme remède à cette épouvantable situation de ses confrères ruraux, leur nomination par le gouvernement général de l'Algérie qui seul aurait le droit de les révoquer, tout en les faisant payer par les communes ; *les bons colons*, comme il les appelle, n'accepteront pas cette réforme, puisqu'ils réclament tous la suppression du médecin de colonisation, dépendant du gouvernement, pour avoir le plaisir de révoquer, tous les deux ans, un médecin communal lorsque le bout de son nez a cessé de leur plaire ; ils ne consentiront jamais à ne pas nommer et révoquer un vulgaire employé de la commune payé par les fonds communaux.

Pour mettre fin aux méfaits qui se commettent tous les jours envers ces malheureux médecins communaux, ces derniers ne doivent compter que sur eux-mêmes. Ils doivent créer, dans chaque département algérien, un syndicat composé de tous les médecins communaux des campagnes, des médecins municipaux des villes et des confrères libres qui voudront bien se joindre à eux, et verser, dès le début, une cotisation assez élevée pour vite créer une riche caisse de combat contre les municipalités qui les maltraiteront.

Lorsqu'un médecin communal sera révoqué, le syndicat fera une enquête sur sa révocation et s'il est prouvé qu'elle a été injuste, il adressera une protestation au Préfet de son département et au gouvernement général ; pareille protestation sera adressée au gouvernement par les syndicats des autres départements ; cette protestation sera insérée dans TOUS les journaux politiques et médicaux de l'Algérie ; s'il y a lieu de le faire, le médecin révoqué, avec le concours et les fonds du Syndicat, intentera une procès en dommages-intérêts à la commune qui l'aura injustement révoqué et aux BONS COLONS qui auront porté contre lui des plaintes injustes ou non fondées.

Lorsque les maires et les BONS COLONS sauront qu'il y a derrière chaque médecin communal un syndicat puissant, ayant des fonds en caisse et de bons avocats, pour le défendre, que ce syndicat racontera leurs exploits dans toute la presse algérienne et adressera des protestations aux préfectures et au gouvernement général, que, grâce à ce Syndicat, le médecin communal pourra les traîner devant les tribunaux et leur faire payer des dommages intérêts, s'ils le révoquent injustement, vous verrez alors les maires et les bons colons laisser les médecins communaux tranquilles et les traiter avec tout le respect auquel ils ont droit,

Y., médecin communal,
qui ne signe pas cet article et pour cause !!!

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat des Basses-Cévennes.

En l'absence, doublement regrettable, de M. le Dr Mazel, retenu auprès de sa fille malade, et dont nous souhaitons le prompt et entier rétablissement, la séance est ouverte par M. le Dr Rocheblave, vice-président, assisté du secrétaire-trésorier le Dr Bourguet, en la mairie de Ganges, le 11 mai.

Etaient, en outre, présents : MM. Bonrras, Boutes, Jacob, Maquet, Nines, Olivet, Paulet, Tarrou. Assiste à la séance : M. le docteur Malzac de Lasalle, qui a demandé son affiliation au Syndicat.

Lecture est donnée de sa lettre et de la communication du Président.

Il rappelle que, à notre dernière réunion, il transmit au Syndicat la circulaire du Syndicat des médecins de la Seine, en faveur du docteur Laporte, accusé d'homicide par imprudence, que par un vote unanime, nous adressâmes nos félicitations à nos confrères de Paris, ainsi qu'au Concours médical, pour leur généreuse intervention, aussi efficace que spontanée, puisqu'elle avait produit le résultat très appréciable de faire mettre en liberté le Dr Laporte, dont l'arrestation avait été un acte arbitraire et illégal.

A ces félicitations furent joints nos vœux en faveur de l'accusé, exprimant le désir et l'espoir que l'enquête et les débats lui fussent favorables.

Il ajoute qu'après l'événement, il semblerait que nous nous sommes montrés trop réservés, mais à l'époque de notre réunion les détails manquaient.

Le Président ne revient sur cette déplorable affaire, qui est heureusement terminée, que pour écarter toute équivoque et tout soupçon à l'égard des sentiments de solidarité qui animent notre modeste syndicat. Aussi, en s'inspirant de

cet esprit le bureau prit l'initiative d'adresser au nom du Syndicat une somme de 75 fr. pour concourir à la formation d'une caisse de défense professionnelle, dont l'Union des syndicats et le syndicat des médecins de la Seine avaient proposé la création.

Le Président demande un bill d'indemnité au sujet de cet abus de pouvoir, dont le bureau n'est pas coutumier et qui a pour excuse le besoin où l'on se trouvait de faire vite.

Il annonce, en outre, qu'en sa qualité de Président du Syndicat, il a eu l'honneur de faire partie de la commission de vérification des mémoires de l'assistance médicale gratuite.

Il fait connaître que les crédits votés étaient de 38.000 fr. et que les dépenses ne se sont élevées qu'à environ 12.000 fr.

Mais il ajoute que le service de l'assistance n'a fonctionné que dans une petit nombre de communes du département. Sans cela, les crédits auraient été de beaucoup dépassés.

Aussi regarde-t-il comme un devoir d'ajouter que si la loi d'assistance médicale consacre un droit légitime pour les indigents, comme pour les médecins, les uns et les autres ne doivent l'exercer qu'avec conscience et une certaine réserve.

Il termine en demandant que le syndicat veuille bien rétablir son lien avec l'Union des Syndicats, cette institution logique qui, des Syndicats éparpillés et impuissants, peut seule faire un faisceau impossible à rompre et partant aussi puissant qu'indispensable.

La discussion est ouverte au sujet de l'envoi de la somme de 75 fr. fait à l'Uuion des Syndicats et personne ne proteste.

Quant au vœu du Président en faveur de la réaffiliation de notre syndicat à l'Union des Syndicats, la majorité décide de réserver cette adhésion.

On passe ensuite à la discussion du projet de fondation d'un ordre des médecins, et les membres présents, après avoir étudié le rapport du docteur Tarrou, le travail du Président, ainsi que les diverses communications parues, à ce sujet, dans le *Concours Médical*, repoussent la fondation de cet ordre.

Le bureau est maintenu à l'unanimité, à cause de l'absence du Président et malgré les protestations du secrétaire-trésorier, qui demande à être remplacé.

L'admission du docteur Malzac est votée à l'unanimité, et l'assemblée se sépare, après avoir épuisé son ordre du jour.

Sommières, le 11 mai 1898.

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr Bourguet.

REPORTAGE MÉDICAL

L'élection législative et les médecins. — Dans la liste des confrères qui viennent d'entrer à la Chambre, nous avons omis, par mégarde, le nom de M. le Dr Langlais (de Pontivy), auquel nous sommes d'autant plus heureux d'offrir nos félicitations qu'il est depuis longtemps membre du *Concours médical.*

Nous avons en revanche le regret de trouver parmi les vaincus, M. le Dr Bourrillon, également membre de notre Société. En faisant adopter sa proposition de loi sur la réforme temporaire des tuberculeux dans l'armée, il avait rendu un service, dont les médecins et les philanthropes garderont le souvenir et dont l'avenir montrera l'importance.

Un duel médical. — Une rencontre a eu lieu ces jours derniers entre M. le Dr Lagelouze, directeur de l'*Opinion médicale*, et M. le Dr J. Charcot, rencontre provoquée par une appréciation du premier sur le différend Charcot-Daudet qu'ont relaté tous les journaux.

M. le Dr J. Charcot a été atteint d'une blessure heureusement légère.

Le Diabète sucré et son traitement hydrologique: Etude comparative, par le Dr E. Duhourcau, médecin aux Eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), lauréat de l'Académie de Médecine, etc. Préface de M. le Dr F. Garrigou, de Toulouse. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine ; prix Capuron, 1894 : Dr Albert Robin, rapporteur. — 1 vol. in-8°. — Paris, O. Doin éditeur, 8, place de l'Odéon. Prix : 5 francs.

Bibliographie. — M. le Dr S. Baudry, professeur à la Faculté de Lille, qui fut, comme MM. Lepage, Le Gendre et Barette, l'un des premiers et des plus appréciés collaborateurs de ce journal, et qui, de temps en temps, veut bien encore nous envoyer d'intéressantes leçons, vient de publier, chez Tallandier, à Lille, une nouvelle édition refondue et très augmentée de son travail sur la *Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie.*

C'est une question que nous rencontrons assez fréquemment dans nos rapports avec les Compagnies d'assurances accidents, avec le monde industriel, avec les protégés de l'Assistance publique, avec les obligations militaires, etc..., et qui intéresse tous les médecins.

Le prix de l'ouvrage (1 fr. 50) le met aussi à portée de toutes les bourses.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4280. — M. le Dr Meunier, de Calais (Pas-de-Calais), membre de l'Association des médecins du Pas-de-Calais.

N° 4281. — M. le Dr Laurent, de Marly (Aisne), membre de l'Association Générale des Médecins de France.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Pouillet, de Paris, Biat, de Trith-Saint-Léger (Nord), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 26 25 JUIN 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le bilan d'un Syndicat médical.

Puisqu'il est encore des enragés d'individualisme, qui vous disent, en haussant les épaules : « Faire un syndicat, à quoi bon ? » nous allons résumer, pour eux, l'histoire d'une de ces Sociétés, qui nous est particulièrement chère, et dont nous avons connu tous les actes.

Elle naquit, en 1887, de l'initiative d'un médecin, qui voulut s'entendre avec ses confrères, avant de donner son avis au Préfet, sur un plan de réorganisation de l'assistance médicale dans le département.

Sur une soixantaine de confrères convoqués, 25 répondirent à l'appel : c'est la proportion ordinaire du début.

On se mit d'abord en accord parfait sur la réponse à fournir. Puis, ces gens qui ne se connaissaient pour ainsi dire pas, tout surpris de se trouver, sur une telle question, en communauté de vues, en conclurent que cela pouvait être de même pour beaucoup d'autres points, et, séance tenante, constituèrent un Syndicat.

Bénéfices de cette première rencontre : début de relations fort agréables, de solides amitiés même, et puis, création, pour chacun des participants, d'un revenu annuel moyen de 200 fr. pour indemnité de soins aux indigents, car le département accepta les propositions des syndiqués.

Les séances succédèrent aux séances, toujours de plus en plus fréquentées, roulant de préférence sur les questions d'ensemble (attitude vis-à-vis des administrations, des collectivités), avec un ordre du jour très précis et *des propositions écrites, préparées d'avance*. Et presque toujours aussi, les solutions du Syndicat étaient acceptées, parce que le Président faisait marcher de front la diplomatie et la fermeté.

On invita aux réunions, des conseillers généraux, des députés, des sénateurs, qui vinrent, prirent des engagements et tinrent parole !

D'où bénéfices nouveaux : accroissement du prestige du syndicat, du nombre des adhérents, de la camaraderie, qui se développe mieux dans le succès que dans les revers ; d'autre part, augmentation de nos modestes *fixes*, se traduisant encore individuellement par quelques centaines de francs, sur les services des enfants en bas âge, des sociétés de secours mutuels, des compagnies d'assurances-accidents.

Avec ces petites ressources, nées de l'entente, chacun se mit à participer aux œuvres de prévoyance du Concours, suivant l'excellent conseil de M. Cézilly, qui assistait parfois aux réunions. Et ma foi, on y gagnait en sécurité, malgré l'encombrement, qui, débordant déjà de Paris, se faisait sentir dans la région.

De nouveaux confrères survenaient. Vite on les accaparait, pour leur plus grand profit, leur apprenant à fermer les oreilles aux fallacieuses promesses des *rabaisiens* de toute sorte, à relever les honoraires plutôt qu'à les avilir, à respecter les anciens qui s'engageaient, par compensation, à leur réserver bon accueil ; les mettant en garde contre l'encens des politiciens, des mauvais payeurs, et de tous nos parasites.

Un jour, le Syndicat compta quarante membres. Son esprit de large tolérance, de serviabilité vis-à-vis des dissidents, ne fit que croître à mesure que le nombre de ceux-ci diminuait. Il les associa à toutes ses campagnes, ne voulut rien entreprendre sans les avoir consultés, et

sans les faire bénéficier de ses efforts. Il conquit leur sympathie ou, chez les plus retardataires, sut inspirer le respect et faire taire la défiance.

A tel point que, dernièrement, un engagement d'honneur de n'accepter que telles conditions (celles proposées par le Concours), dans les rapports avec les compagnies d'assurances-accidents, réunissait presque toutes les signatures des médecins de l'arrondissement, et amenait au syndicat encore huit ou dix adhésions de plus : il comptera bientôt soixante membres.

Est-ce à dire que jamais un nuage n'ait paru à l'horizon ? On ne le croirait pas. Il y eut de petits conflits individuels, mais ceux-ci prouvèrent le prestige de la Société : elle les régla par l'arbitrage, dont elle a usé, à propos de tout, et avec succès : cas déontologiques, cessions de clientèles, difficultés d'honoraires avec des clients, etc... Elle obtint aussi gain de cause pour les médecins, contre des maires, des administrations ; ce furent même là ses victoires les plus chères et les plus fécondes.

Nierons-nous qu'il reste, sous tout ce brillant manteau, quelques petits ferments d'antipathie personnelle ? A quoi bon ? Mais ceci encore s'éteint, s'efface, par le contact, par la fusion des intérêts particuliers dans l'intérêt général. Depuis longtemps, la marche du syndicat ne s'en aperçoit même plus : on peut en juger par les banquets.

Dira-t-on enfin que ce qui fut possible ici, ne le serait pas ailleurs ? Pourquoi donc ? Personne, chez nos amis, n'a changé ses goûts, ses opinions. Chacun a seulement fait taire, pour la cause commune, les suggestions d'un individualisme purement égoïste. Il a su penser à donner pour limites à sa liberté professionnelle, le souci de l'intérêt des autres. Cela s'apprend, par l'usage, sous toutes les latitudes ; il suffit de le vouloir et de savoir qu'on en tire *profit pécuniaire* et *satisfaction profonde.*

Profit pécuniaire ? Oui, puisque chacun touche maintenant, pour des services à peu près gratuits autrefois, des indemnités annuelles de plusieurs centaines de francs, et ce n'est pas fini. D'autre part, la concurrence par les prix n'existe plus !

Satisfaction profonde ? Donnons-en la mesure en disant que les nouvelles mœurs adoptées par nos confrères de l'arrondissement de Versailles nous ont inspiré l'un de nos derniers *Propos du jour*, celui que nous intitulions la *Camaraderie médicale.*

Telle est, dans ses grandes lignes, l'œuvre bienfaisante accomplie, en dix ans, par un syndicat d'arrondissement, qui ne s'en tiendra pas là, croyez-le-bien.

Nous en savons d'autres qui sont à peu près aussi avancés dans la réalisation de leur programme : nous espérons que, sans fausse modestie, ils voudront bien nous fournir leur bilan, car ces exemples sont à publier, pour l'édification des incrédules.

Quand donc, chaque région aura-t-elle son Syndicat ? C'est si facile à faire : il suffit d'un homme d'initiative !... et de quelques imprimés que nous sommes très heureux de mettre à sa disposition.

Un petit effort, chers confrères, un tout petit effort, s'il vous plaît, pour accélérer le mouvement de la solidarité professionnelle.

Il y a tout à y gagner et rien à y perdre, quoi qu'en disent les égoïstes.

Experto crede Roberto. Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

La fièvre typhoïde chez les obèses.

Tous les praticiens connaissent la gravité spéciale des maladies et des maladies infectieuses en particulier, chez les obèses. C'est un fait de

FEUILLETON

Le médecin de famille.

C'est vraiment grand dommage, — encore plus pour les malades que pour ceux qui les traitent, — que le lien moral, qui unissait jadis certaines familles à leur médecin, tende de plus en plus à se relâcher et même à disparaître. Cette confiance patriarcale avait pourtant du bon et était bien propre à stimuler le zèle et l'esprit d'abnégation, chez ceux qui en étaient l'objet. Le médecin vivait alors de la vie de ses clients, partageait leurs joies et leurs peines, les adoptait en quelque sorte, comme il était adopté par eux, pour toute la durée de sa carrière, sans crainte d'abandon.

Aussi, dans les grandes circonstances, on était sûr de pouvoir compter sur son dévouement le plus absolu, et son initiative mettait tout en œuvre pour soulager sans retard, pour arracher au danger, ceux qui lui étaient chers à tant de titres.

Mis au courant des secrets domestiques, des tares constitutionnelles, des influences héréditaires, il pouvait intervenir avec plus de sûreté et de rapidité que la plupart des spécialistes en vogue, qu'on lui préfère aujourd'hui, quels que soient leur mérite et leur bonne volonté.

On n'appelle du reste ces derniers que lorsqu'il s'agit d'un état pathologique grave, qu'un conseiller prudent et de tous les jours aurait pu parfois prévenir. — Le public ne sait pas assez que, dans bien des cas, on peut enrayer de bonne heure les imminences morbides, les dispositions constitutionnelles propres à chaque individu. Les enfants d'un arthritique, d'un goutteux par exemple, sont exposés, avant d'avoir une première attaque, à souffrir de troubles dyspeptiques, de gravelle urique, de coliques néphrétiques ou hépatiques, d'hémorrhoïdes, de diverses affections cutanées, etc......

Un médecin, mis en défiance par le passé des parents, luttera contre la diathèse, dès les premiers jours, par l'hygiène, le régime, par une série ininterrompue de précautions, de recettes, propres à empêcher le ralentissement de la nutrition et à rendre l'organisme moins vulnérable.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de tuberculose, d'hérédo-syphilis, que le rôle du médecin de famille prend une importance capitale, et cette constatation devrait bien rendre moins versatiles les parents qui tiennent à leur progéniture, qui rêvent pour les leurs un certain équilibre physique et moral.

Il est vraiment irrationnel de constater qu'ils se montrent volages au moment même où l'hygiène fait le plus de progrès et s'impose quotidiennement, dans ses multiples applications, dans toutes les demeures où une situation sociale élevée permet de ne rien négliger pour en faire bénéficier l'entourage, maîtres et serviteurs.

Au lieu de congédier le médecin, on devrait se l'attacher plus que jamais ; il devrait tout passer en

notoriété indiscutable qui se constate aussi chez les animaux obèses.

Or MM. *Lyonnet* et *Maurice*, de Lyon, viennent de réunir trente observations de fièvre typhoïde, survenue chez des obèses, qui prouvent à nouveau la vérité de cette remarque clinique.

Il y a eu sur 30 cas, vingt-deux décès, ce qui fait la mortalité énorme de 73 p. 100, c'est-à-dire de plus des trois quarts

Quelle est maintenant la cause de cette gravité si forte ?

Il ne semble pas qu'il faille faire intervenir l'âge, car la plupart des malades n'étaient pas âgés.

Les uns sont morts par le cœur, soit de syncope, soit de collapsus. Il y avait alors de la myocardite ou de la surcharge adipeuse du cœur.

D'autres sont morts à la suite de complications pulmonaires favorisées par l'emphysème coexistant fréquemment avec l'obésité.

Quelques-uns ont succombé à la suite d'accidents nerveux ou après une forte hyperthermie.

Mais, le point sur lequel insistent spécialement MM. Lyonnet et Maurice, c'est la fréquence inattendue des hémorrhagies intestinales chez les obèses atteints de fièvre typhoïde.

Dans leurs trente observations, ils ont trouvé, en effet, onze cas d'hémorrhagies intestinales, ce qui fait plus d'un tiers des cas. Six fois, ces hémorrhagies furent mortelles.

Comme on le voit, c'est là une proportion absolument extraordinaire et qui n'avait pas été signalée jusqu'alors.

Pour expliquer cette fréquence, on peut admettre que les vaisseaux sont souvent malades chez les obèses. De plus, très souvent, dans les observations, le foie était trouvé altéré, cirrhotique ou graisseux, et ce peut être encore une manière d'expliquer les hémorrhagies.

On peut rapprocher cette constatation clinique de celle faite par les gynécologues, qui rencontrent plus facilement, au moment de la ménopause, des hémorrhagies internes, rebelles chez les femmes obèses, que chez les femmes non obèses.

Enfin, souvent, chez les malades atteints de dothiénentérie, on a une résistance considérable à la réfrigération, et parfois même les bains élèvent la température du malade, non pas de temps en temps, ainsi qu'on le constate souvent, mais d'une manière presque constante.

Quant au traitement, MM. Lyonnet et Maurice pensent qu'il faut encore employer les bains froids ou tièdes, et surtout tonifier le cœur.

Entéro-colite auto-infectieuse grippale, à forme intermittente.

M. le Dr *Martin-Raget*, d'Arles, a communiqué au récent Congrès de Montpellier, sept observations d'entéro-colite grippale intermittente, qui nous paraissent fort intéressantes : « Cette complication de la grippe, dit M. Martin-Raget, se caractérise en dehors des phénomènes généraux, qui accompagnent l'infection grippale, par de *l'entéralgie* à caractères paroxystiques, avec entéroplégie, accompagnés de violents accès fébriles, à forme absolument intermittente, et où l'on constate la présence presque constante du *muguet*. C'est une forme très tenace, très rebelle et persistant plusieurs semaines et même plusieurs mois. Les symptômes, qui se déroulent sont les suivants : En général, un ou deux jours avant, courbature légère, petits frissons passagers ; puis brusquement, début à grands fracas, douleurs abdominales généralisées très vives, précédant de très peu de temps un grand frisson, de plus d'une heure, avec vomissements persistants pendant cette période. La température s'élève d'ordinaire en peu de temps à 40° ; deux ou trois accès subin-

---

revue, *à commencer par les cabinets d'aisances jusqu'aux* menus de la cuisinière ou du chef.

Rien ne devrait échapper à sa surveillance, ni les filtres qui sont mal entretenus, ni les domestiques qui peuvent semer autour d'eux les germes d'une maladie latente.

Comme il est plus important de conjurer un danger que de chercher à l'atténuer par des palliatifs, lorsqu'il a fait des ravages, on devrait même se montrer d'autant plus reconnaissant envers le médecin, qu'il aurait moins de malades à soigner, dans un groupement déterminé.

Sans doute, il ne peut pas tout empêcher ; il y a des catastrophes imprévues qui peuvent atteindre les plus prudents ; mais que de surprises seraient évitées, avec un guide prudent de tous les instants, sorte de parent d'élection, souvent plus digne d'être aimé que les vrais parents.

C'est surtout dans les grandes villes, à Paris en particulier, que l'ingratitude a fait des ravages et tend à s'aggraver. — Les personnes qui sont censées être le mieux éduquées ne craignent pas d'infliger le soufflet moral de la désertion à de vieux praticiens, qui ont pourtant derrière eux tout un passé de zèle et de soins méticuleux, que rien ne saurait acquitter. Financiers ventrus, ayant le sac et sachant le faire sentir, coquettes surannées qui continuent à minauder, s'empressent d'en appeler à une autre direction, dès qu'on ne modifie pas assez vite leur système nerveux trop surexcité, les lézardes de leur constitution minée par les excès.

Pour satisfaire ces épuisés des deux sexes, il faudrait leur octroyer une solidité bovinale à toute épreuve, leur servir l'antique eau de Jouvence à tous leurs repas.

Si vous n'êtes pas omnipotent, gare les fugues ; on vous lâchera pour courir après les mirages les plus décevants, pour prêter l'oreille aux grosses caisses les plus tapageuses du charlatanisme : à toi, Mangin ; à la rescousse, les rebouteurs inspirés, les tireuses de cartes, l'homœopathie, l'abbé Kneipp et les secrets des vieilles filles, portant ou non cornette.

On serait tenté d'imiter la philosophie insouciante de Pilate, et, après s'être lavé aseptiquement les mains, de s'écrier : Tant pis pour les ingrats ou les imbéciles !

Mais, au fond, tout en étant vexés et humiliés, les médecins qui ont une haute conception de leur rôle ne se résignent pas bénévolement à l'*exeat*. Ils restent sur la brèche, sachant qu'ils ont encore du bien à réaliser, que leur présence est indispensable et ils sont aussi fiers qu'un autre peut l'être de ses succès mondains ou politiques, lorsque, malgré le manque d'égards et les préventions, ils sont parvenus à étayer un organisme mal échafaudé, ou à faire reculer la camarde qui s'avançait menaçante.

Un indifférent, eût-il tous les titres et tous les panaches qu'on convoite et que l'on admire, ne saurait, je le répète encore, avoir le même feu sacré, le même souci de réussir, que ce bon Diafoirus, qui, pendant dix, vingt et trente calendriers a rempli

trants se succèdent, offrant les mêmes caractères ; l'état général paraît grave. Au bout de 24 ou 36 heures, les douleurs abdominales se calment, et l'accès se termine par de grandes sueurs très odorantes. Puis, apyrexie complète. Tout semble terminé. 18 à 24 heures après, le même tableau se représente, *précédé* et *accompagné* des mêmes *phénomènes abdominaux* que nous allons décrire. La température atteint le même chiffre ou plutôt en dessous ; même terminaison par des sueurs extrêmement abondantes. Ces accès, absolument comparables à de vrais grands accès impaludiques, vont néanmoins en s'éloignant, tout en offrant les mêmes caractères : d'abord journaliers, ils se représentent tous les 2 jours, puis de 3 en 4 ou 5 jours, et récidivent souvent de 8 en 10 jours, malgré la médication la plus rationnelle. C'est ainsi que j'ai dû garder deux malades pendant 2 mois et trois pendant 50 jours, les autres restant plus d'un mois sous l'influence de cette auto-infection, d'origine gastro-intestinale. Les épistaxis sont fréquentes. Le *muguet* buccal et pharyngien apparaît régulièrement dès les premiers jours, et s'est toujours montré avant le dixième jour. Sa disparition est très tardive ; reflet de l'état du tube digestif, il en marque l'évolution, à tel point qu'on est assuré d'avoir des accès fébriles, tant qu'il en reste des traces et que la langue n'a pas refait son épithélium. *Les phénomènes abdominaux* suivent parallèlement la même marche. Au début, on croirait avoir affaire, *à priori*, à de la péritonite généralisée : hyperesthésie abdominale, douleurs abdominales intolérables, tympanisme. Puis localisation, après le premier accès, dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, simulant tantôt de la colite de l'S iliaque, avec phénomènes dysentériques, qui ne persistent pas au delà d'un ou deux jours ; tantôt simulant de la typhlite ou appendicite et se succédant, ce qui paraît bien indiquer que le gros intestin est le siège d'une localisation toute spéciale. On observe non seulement les phénomènes douloureux, et bien indiqués par le malade, de la colite ascendante ou descendante, mais encore il désigne lui-même une barre transversale hypogastrique. Les douleurs sont violentes, se localisent, deviennent lancinantes, pulsatiles, dans l'une ou l'autre fosse iliaque pendant plusieurs jours ; mais elles sont paroxystiques et précèdent de quelques quarts d'heure le début d'un nouvel accès, que le malade prévoit lui-même. La constipation est la règle ; l'entéralgie est accompagnée de tympanite et de phénomènes de péritonisme. La palpation est douloureuse, et les doigts n'ont aucune peine à sentir, au niveau de l'une ou l'autre fosse iliaque, un placard à limites diffuses et très douloureux, éveillant immédiatement l'idée d'une phlegmasie péricolique, et laissant soupçonner un phlegmon en voie d'évolution. L'examen rectal et vaginal ne révèle rien de particulier : on sent de l'œdème, un peu de chaleur, et c'est tout. Vers le cinquième jour, ces phénomènes objectifs et locaux commencent à s'amender, mais les phénomènes rationnels d'entéro-colite persistent toujours ; et le malade continue à *faire des accès* fébriles intermittents, avec un mauvais état général simulant celui de la pyohémie. Vers le quinzième jour, les localisations apparentes ont disparu, l'état général grave paraît amélioré, et les phénomènes abdominaux sont moins intenses. Reste alors une période d'état, qui dure le double, le triple, et dont il m'a été donné d'observer *deux cas* dépassant deux mois. Le tympanisme cesse le premier : l'entéralgie existe jusqu'à la convalescence, et l'entéroplégie l'accompagne. Les selles sont toujours très fétides : quelques petites scybales nagent dans un liquide bilieux, verdâtre, où se trouvent quelques râclures de boyaux.

J'ai observé le début dysentérique dans cinq cas ; mais il s'éteint dans les 48 heures. Dans

---

consciencieusement, dans un cadre plus relevé, l'office de chien de garde.

Au lieu de douter de lui et de le reléguer à l'écart comme un serviteur fourbu, déliquescent, ou comme un objet qui a cessé de plaire, on devrait s'en rapporter de plus en plus complètement, avec les années et tant qu'il se juge compétent, à sa clairvoyante affection.

Il sera le premier à demander une consultation, à faire un choix judicieux, si le cas l'exige, si ses efforts ne sont pas couronnés de succès. C'est une erreur de croire qu'après quelques lustres, un médecin d'intelligence moyenne ne soit pas à la hauteur des cas pathologiques, qui se présentent le plus souvent.

Les faits exceptionnels, exigeant des lumières spéciales, sont tout à fait rares et, dans plus de la moitié des cas, c'est par excès de prudence, c'est surtout pour agir avec plus d'ascendant sur le moral du patient, qu'on a recours à un des gros bonnets de la profession.

Je ne crois pas manquer à la déférence qui leur est due, ni apprendre rien à personne, en déclarant qu'en dehors de cette satisfaction rassurante pour le malade, les entrevues médicales sont généralement inutiles. Le professeur en cravate blanche qui a été convoqué, ne fait qu'approuver ce qui a été déjà ordonné, ou l'aurait été !

C'est à peine s'il daigne formuler quelque médication anodine, qu'il prescrit parce qu'il faut bien prescrire quelque chose, mais sans grande conviction, sans soucis, ni inquiétude de ce qui pourra en advenir.

Je voudrais que la clientèle, qui est si fugace et si difficile à retenir, reste surtout fidèle à nos confrères de la province, dont je sais tout le mérite et dont nul n'ignore les besoins.

Puisse mon tocsin d'alarme être entendu de tous les citoyens français, qui ont charge d'âmes, qui tiennent à conserver intact le cercle d'êtres aimés qui édénise leur logis, qui demandent constamment à l'auteur de nos destinées de les faire participer à la longévité des anciens patriarches.

S'ils veulent durer et voir les enfants de leurs petits enfants, comme on le souhaite aux nouveaux époux, lors des cérémonies matrimoniales, ils n'ont qu'à s'inféoder à un médecin méritant et choisi avec circonspection, qu'à le charger d'entretenir sans trêve, le feu joyeux qui illumine leur foyer domestique.

C'est le meilleur moyen pour prolonger le *statu quo*, pour ne pas faire trop tôt connaissance avec le prétendu champ de repos, qui agite là-bas ses cyprès. Le bonheur, qui est si souvent la conséquence d'une vie régulière, deviendra réellement leur apanage et cessera d'apparaître à leurs yeux comme une monstrueuse exception.

Dr GRELLETY (de Vichy).

l'intervalle des accès, la température devient entièrement normale et oscille entre 36°8 et 37°5.

L'impaludisme pouvait être mis en cause dans nos régions ; mais sauf deux malades à antécédents paludiques, datant de leur enfance, je n'ai pu en trouver trace chez les autres ; et à une époque où ne sévit pas la malaria, alors que nous nous trouvons en pleine épidémie de grippe; je n'ai pas trouvé de rate hypertrophiée, ni douloureuse, sauf dans un seul cas (ce qui confirme la statistique de Comby, ne trouvant sur 5 *autopsies* de grippe qu'une seule fois la rate hypertrophiée). Pas de facies impaludique.

Dans l'intervalle des accès, ce qui n'est pas le cas des malariens, l'état général reste mauvais, état typhique, formes infectieuses, anorexie complète, état nauséeux. Langue naturelle au début, puis envahie par le muguet ; vernissée ensuite, pendant la période d'état ; le malade se plaint de *brûlure* et de *sécheresse* de la bouche, qu'il caractérise par un geste descendant jusqu'à l'estomac.

Les urines ne contiennent généralement pas d'albumine ; le foie paraît normal ; d'ailleurs, tous les malades observés étaient des sujets robustes et sans antécédents morbides. On peut observer des névralgies lombo-abdominales, crurales, sciatiques, intercostales ; pendant la convalescence, le tube digestif est douloureux et le moindre écart de régime semble souvent tout remettre en cause. »

Pour M. Martin-Raget, le meilleur traitement consiste en administration de calomel, fréquemment répétée, injections sous cutanées de bromhydrate de quinine, bains tièdes et entéroclyse avec eau bouillie ou eau boriquée.

Parasites animaux intestinaux.

Récemment, un de nos confrères, le Dr A... d'Esnandes (Charente-Inférieure), nous faisait la communication suivante : « Il y a quelques jours on me demandait auprès d'une fillette de 3 ans et demi environ, qui se plaignait de picotements violents à l'anus et qui venait d'expulser un insecte vivant, animé de violents mouvements et ayant toutes les apparences d'un insecte en voie de développement. L'animal s'agitait et mordait avec ses mandibules le brin de paille avec lequel on le touchait. Les parents affirmaient qu'il n'était pas dans le vase de nuit avant l'expulsion par l'enfant. » Le Dr A... nous priait de lui dire si cet insecte ne serait pas par hasard un parasite intestinal, éclos dans le tube digestif de l'enfant.

Or l'examen direct de l'animal nous a montré qu'il s'agissait d'un insecte coléoptère ; c'est une nymphe du *Tenebrio molitor*, dont la larve est connue vulgairement sous le nom de *ver de farine* et dont l'adulte se trouve fréquemment dans le pain sous forme de débris brunâtres.

« Il est difficilement admissible que l'enfant ait ingéré la susdite nymphe, même à l'état de larve ; elle était probablement dans le vase ou dans les vêtements de l'enfant.

M. R. Blanchard, dans sa Zoologie médicale, cite pourtant des cas où cet insecte aurait été trouvé chez l'homme dans le nez, dans le tube digestif ou dans l'appareil urinaire, mais ne croit pas leur authenticité indiscutable. »

Il est vraisemblable que l'insecte en question provienne d'une poudre avec laquelle on a poudré l'enfant et qui contenait de la vieille farine.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Duplay.

Diagnostic et traitement de l'hémarthrose traumatique.

A propos d'un de nos malades, je vais vous entretenir aujourd'hui, messieurs, d'une affection traumatique assez fréquente, dont l'étude est, j'ignore pourquoi, entièrement négligée dans les traités classiques de chirurgie, même les plus récents.

Notre malade a toujours été bien portant et ses antécédents héréditaires sont aussi bons que possible. Il reçut, il y a quinze jours environ, une lourde masse de briques qui l'atteignit sur le côté interne du genou gauche. Au moment même du traumatisme, la douleur ressentie fut médiocre, mais peu à peu, et progressivement, elle ne tarda pas à s'aggraver, à gêner les mouvements et la marche, si bien que le malade, trois heures après le choc, fut amené tout naturellement à examiner sa blessure : il constata alors, dit-il, l'existence d'une tuméfaction considérable du genou. Retenez cette particularité : trois heures seulement après le trauma, le gonflement articulaire était déjà très développé.

Les phénomènes douloureux, bien qu'amendés, persistant par la suite, le malade vint à l'hôpital demander conseil.

A ce moment, l'examen clinique des régions malades est des plus simples : On est véritablement frappé, tout d'abord, par le volume exagéré et la déformation caractéristique du genou gauche, qui est entièrement globuleux et n'offre plus aucun des méplats, dont normalement, il est entouré. D'autre part, la rotule est soulevée et il est bien facile de constater la présence d'une fluctuation absolument nette.

La douleur spontanée est d'intensité médiocre et très tolérable ; quand elle est *provoquée par* contact ou pression, elle est également faible.

Une observation plus approfondie, il est vrai, fait rencontrer un premier point douloureux en dedans, au niveau du ligament latéral interne, et un second point, également très sensible, en dehors, à l'extrémité supérieure du tibia, exactement en arrière du tubercule du jambier antérieur, dit tubercule de Gerdy.

J'attire tout particulièrement votre attention sur cette dernière localisation douloureuse, dont la valeur diagnostique est de premier ordre. Quant aux mouvements du genou, ils sont entièrement conservés, et il n'est possible d'en produire aucun d'anormal.

En outre, l'exploration a permis de constater encore, au niveau de la face antérieure de la rotule une petite bosse sanguine fluctuante, dont tout à l'heure nous reparlerons, et enfin une atrophie du triceps, déjà nettement appréciable au huitième jour après le traumatisme.

Le diagnostic à établir, en l'espèce, est simple et vous l'avez tous certainement déjà fait : il s'agit d'un épanchement intra-articulaire. Il y a, ce n'est pas douteux, du liquide dans l'articulation, et en remontant à la cause provocatrice, on est tenté de dire aussi qu'il existe de l'hémarthrose.

L'épanchement intra-articulaire, en effet, peut être constitué, d'une façon générale, par du sang (hémarthrose), par de la sérosité (hydarthrose), ou bien encore, par un mélange de ces deux derniers liquides (hémo-hydarthrose). Ces différentes variétés de lésions se rencontrent les unes et les autres à la suite de contusions articulaires.

Pouvons-nous faire entre elles un diagnostic différentiel ? En réalité, quoique très utile, ce diagnostic n'est pas toujours possible, au début tout au moins, et dans nombre de circonstances, il faudra se contenter d'une demi-certitude.

On aura des présomptions en faveur de l'hémarthrose pure, lorsque le traumatisme aura été violent, violence attestée par les renseignements commémoratifs d'une part, et, de l'autre, par la présence d'ecchymoses, de bosses sanguines ou d'épanchement dans les bourses séreuses péri-articulaires, prérotulienne par exemple.

On aura présomption plus forte encore, si le gonflement de l'articulation apparaît rapidement, presqu'aussitôt après le choc. Dans l'hydarthrose, au contraire, l'épanchement se produit seulement le lendemain ou plus tard.

En outre, les caractères particuliers de l'épanchement sont-ils de nature à éclairer le diagnostic différentiel ? Théoriquement, dans l'hémarthrose, la fluctuation au lieu d'être franche serait pâteuse et la palpation dans les culs-de-sac synoviaux donnerait la sensation de caillots, en *produisant le bruit très spécial* connu sous le nom de crépitation sanguine. Mais tout cela est uniquement du domaine de la théorie pure. Certes, il est parfaitement exact de dire, qu'en pareil cas, on peut observer une tuméfaction articulaire de consistance demi-solide, rappelant au doigt le sang coagulé. Mais, un tel symptôme ne se rencontre jamais avant plusieurs semaines ; c'est un signe très tardif. Pendant les premiers jours, la fluctuation est aussi nette dans l'hémarthrose la plus franche, que dans l'hydarthrose, cela est bien démontré aujourd'hui.

En définitive le diagnostic précoce s'établira surtout d'après la violence de la contusion et la rapidité de l'épanchement. Certains signes, dont ultérieurement je vous parlerai, pourront vous servir.

Chez notre malade notamment, nous trouvons une articulation déjà très tuméfiée, trois heures seulement après le traumatisme, puis des signes de contusion violente, entre autres une petite bosse sanguine liquide, adhérente à la rotule, signalée plus haut.

Au huitième jour, la fluctuation était aussi nette que s'il se fût agi d'une hydarthrose franche, bien qu'aujourd'hui — quinzième jour —, on puisse constater, il est vrai, une certaine différence, le genou étant plutôt pâteux et la peau présentant une teinte ecchymotique (symptômes tardifs).

Vous vous demandez, sans doute, comment, après un traumatisme, le sang se répand dans l'articulation ; par quel mécanisme, en somme, le phénomène en question peut se produire. Comme l'a montré M. Segond, l'épanchement sanguin peut émaner de trois sources principales.

D'abord d'une déchirure de la synoviale, accident fréquent, peut-être, mais, en tout cas, incapable de fournir une aussi grande quantité de sang : la synoviale est peu vasculaire et il n'est pas rare parfois, au genou par exemple, de rencontrer près d'un litre de liquide sanguin répandu.

Une seconde cause, plus importante, est la lésion des ligaments extrinsèques ou intrinsèques. Mais, elle joue aussi, assurément, un rôle secondaire. Ce qui semble provoquer certainement avec le plus d'abondance l'épanchement sanguin, ce sont les lésions des extrémités osseuses; je parle en ce moment des petites déchirures ou arrachements osseux.

Au genou, en particulier, les arrachements se produisent en premier lieu au niveau des ligaments intrinsèques et ensuite sur le plateau tibial, en arrière et en dehors du tubercule du jambier antérieur (tubercule de Gerdy).

Il semble qu'il existe là, dans le grand surtout ligamentaire, un renforcement du trousseau fibreux, qui désagrège l'os où il s'insère: l'hémorrhagie immédiate est abondante, car vous connaissez bien l'extrême vascularisation du plateau tibial.

Je vous signale enfin, en passant, la possibilité de voir une petite portion d'os ainsi détachée, devenir le point de départ, d'un corps étranger articulaire, que l'arthrotomie, d'ailleurs, peut prévenir,

En clinique, comment reconnaître l'existence de ces différentes lésions concomitantes : comment diagnostiquer la déchirure de la synoviale, les lésions ligamentaires, les arrachements osseux ?

La *déchirure de la synoviale* se traduit par une tumeur sous-cutanée remplie de liquide que l'on peut facilement refouler et chasser dans l'articulation.

Les *lésions ligamentaires* permettent à la jointure des mouvements anormaux de latéralité, de rotation. Elles donnent des douleurs aux insertions des ligaments.

Les *arrachements osseux* peuvent également être reconnus dans un certain nombre de cas. Pour le genou, par exemple, il existe presque constamment, alors, une lésion osseuse en arrière du tubercule de Gerdy, ce que dénonce une vive douleur, à ce niveau, comme le fait se présente chez notre malade, de la façon la plus nette. C'est là un signe d'hémarthose.

En clinique, vous rencontrerez un grand nombre de cas mixtes d'hémohydarthose, dans lesquels la synoviale contient beaucoup de sérosité et un peu de sang; ce sont même les cas les plus nombreux. Et, cependant, le diagnostic de l'hémarthrose pure n'en demeure pas moins important et intéressant, eu égard à ses conséquences pratiques. Il ne s'agit pas, vous allez le voir, d'une simple curiosité.

Au point de vue du pronostic, en effet, dans les hémohydarthroses, et dans les hydarthroses, les choses se passent généralement avec la plus grande simplicité, et, par l'immobilité, aidée d'un peu de compression, l'épanchement se résorbe rapidement. Mais, il en est tout différemment, pour l'hémarthrose vraie, et vous ne devez pas oublier, qu'elle persiste, parfois, indéfiniment. M. Nicaise a présenté jadis à la Société de chirurgie, le genou d'un individu atteint quatorze mois auparavant d'hémarthrose. On trouvait encore dans l'articulation, un énorme caillot qui probablement ne se serait jamais résorbé.

Rappelez-vous donc la durée si longue, parfois presque indéfinie, de l'hémarthrose pure. Rappelez-vous également que les caillots sanguins, les petits fragments osseux détachés par arrachement, peuvent devenir l'origine de corps étrangers articulaires. Aussi, vous vous garderez bien, en pareille circonstance, de porter un pronostic favorable, comme vous êtes en droit de le faire pour l'hydarthrose simple.

Il existe encore un point intéressant du pronostic des contusions articulaires, dont je dois maintenant vous parler ; il est lié à l'état général et diathésique du sujet ; chez un tuberculeux, par exemple, un traumatisme articulaire, même faible peut être le point de départ d'une tumeur blanche, comme l'ont montré les expériences de Max Schüller. Par conséquent, avant de vous prononcer d'une façon définitive, recherchez toujours avec soin, les antécédents personnels et diathésiques de vos malades.

Etudions enfin la question du traitement.

L'hydarthrose traumatique et l'hémohydarthrose de même origine, sont justiciables du traitement classique, vulgairement appliqué à l'hydarthrose ordinaire, c'est-à-dire l'immobilisation dans une gouttière rigide, la compression méthodique et, au besoin, quelques vésicatoires. Grâce à cette simple thérapeutique, les épanchements, même les plus abondants, guérissent en deux ou trois semaines. Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'hémarthrose vraie, la compression, les appareils plâtrés, tout cela échoue et on se trouve finalement en présence d'épanchements qui n'en finissent pas et de troubles fonctionnels sérieux du membre malade.

Aussi, en pareille circonstance, les chirurgiens, à l'exemple de Jarjavay, proposèrent-ils de ponctionner les jointures soit avec un trocart, soit avec une aiguille aspiratrice, et ces pratiques déjà anciennes, furent singulièrement favorisées par les méthodes antiseptiques.

En réalité, lorsque le diagnostic est bien établi, étant donnés la longue durée du mal et les troubles fonctionnels qui en sont les conséquences, le médecin est autorisé alors et doit évacuer l'articulation.

Pour atteindre ce résultat, trois procédés ont été proposés successivement : l'aspiration, la ponction et l'arthrotomie.

Il convient d'éliminer tout d'abord l'aspiration, car, en piquant avec une fine aiguille, il ne sort généralement rien. Si vous voulez faire une évacuation au trocart, il est nécessaire d'employer le trocart le plus gros et de laver, d'irriguer l'articulation jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair. On a peut-être obtenu ainsi de bons résultats ; mais, à mon avis, soit hémarthrose récente, soit, à plus forte raison, hémarthrose méconnue et ancienne, la ponction ne vaut pas grand'chose ; il y a des caillots volumineux qui ne sortiront jamais par le trocart.

Il n'existe véritablement qu'une intervention rationnelle, l'arthrotomie. Elle seule permet le nettoyage sérieux de l'articulation, l'évacuation complète des caillots que l'organe peut contenir. Je la crois également beaucoup plus antiseptique.

(Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.)

OPHTHALMOLOGIE

Traitement des taies de la cornée par les pommades et le massage,

Par le Dr A. Chevallereau.

Les taies, qui le plus souvent sont le résultat d'affections scrofuleuses de la cornée, sont trop habituellement négligées par les parents qui ont rarement la patience de pousser jusqu'au bout un traitement long et désagréable ; on préfère compter sur l'âge et sur le temps pour les faire disparaître, et, s'il fallait en croire bien des parents qui cherchent à excuser à leurs propres yeux leur négligence, trop de médecins auraient l'habitude de déconseiller tout traitement pour ces taies qui disparaîtraient seules à la puberté. En réalité les taies ne guérissent jamais seules, sauf lorsqu'elles sont superficielles, lorsqu'elles sont le résultat d'infiltrations sans destruction de tissus et lorsqu'elles existent chez des enfants très jeunes, à croissance rapide.

Pendant qu'on attend en vain leur disparition spontanée, ces taies amènent comme complication habituelle du strabisme et de la myopie. Elles ne vont pas jusqu'à provoquer, comme le croit M. Malgat (de Nice), qui publie sur ce sujet un bon travail dans le *Recueil d'ophthalmologie*, mars 1898, « l'atrophie de la rétine et du nerf optique », mais leurs méfaits sont assez graves pour que ces taies méritent une sérieuse attention.

Le traitement le plus employé contre les taies, c'est l'insufflation de poudre de calomel sur la cornée ou l'introduction en dedans des paupières d'un peu de pommade à l'oxyde jaune de mercure au centième ou même à dose plus élevée. Les résultats ne sont pas toujours bien appréciables. En 1891, M. Malgat a été l'un des premiers à préconiser le massage de la cornée. Ce n'est point un traitement commode et il faut le conduire avec prudence. Le massage irrite l'œil et l'inflammation qu'il provoque peut aller beaucoup trop loin, amenant même parfois des complications nuisibles, obligeant alors à interrompre le traitement pour un temps plus ou moins long. Voici comment M. Malgat pratique le massage. Il introduit derrière les paupières de l'œil malade un peu de pommade au précipité jaune :

Axonge fraîche.....	10 gr.
Précipité jaune.....	0 gr. 10
D. S. A.	

ou bien la pommade suivante :

Lanoline......	ãã 5 grammes
Hydrargyre...	

puis, les paupières étant closes, il fait des frictions douces sur l'œil au niveau de la cornée pendant une demi-minute environ. Il essuie l'œil avec du coton hydrophile, le lave avec de l'eau boriquée à 3 % et l'opération est finie.

Ce pansement est renouvelé tous les jours jusqu'à ce que la pommade ou les frictions aient produit une certaine irritation de l'œil qu'il ne faut pas dépasser. Alors il faut donner à l'enfant quelques jours de repos, puis on reprend le massage avec prudence, tous les deux ou trois jours, en se tenant prêt à le cesser encore à la moindre rébellion de l'œil.

Ce traitement est indiqué chaque fois qu'on se trouve en présence d'infiltrations récentes de la cornée, chaque fois que toute inflammation oculaire a disparu, depuis une dizaine de jours au moins. D'autre part, plus on se trouve rapproché de la fin des accidents inflammatoires, plus on a de chance de faire disparaître les exsudats ; au contraire, lorsque les infiltrations cornéennes sont anciennes, organisées, il devient très difficile d'en avoir raison.

Le massage est contre-indiqué, dans tous les cas où il existe une inflammation, même légère, de l'œil ; l'irritation de la pommade ou des manœuvres massothérapiques peuvent en effet faire éclater une inflammation plus grave.

M. Malgat affirme que l'on guérit toujours le néphélion et l'albugo par le massage, au bout d'un temps variable, qui dépend de la susceptibilité de l'œil traité, de l'étendue et de l'épaisseur des taches. Il pratique même systématiquement le massage dans le leucome, non pas assurément qu'il ait la prétention de faire disparaître un tissu de cicatrice, mais pour modifier sa périphérie toujours infiltrée et nébuleuse et par là agrandir le champ translucide de la cornée.

Nous admirons la confiance de M. Malgat dans l'efficacité absolue du massage en thérapeutique oculaire, en regrettant beaucoup de ne pouvoir la partager entièrement. D'abord une légère critique à propos de sa pommade au précipité jaune. En formulant précipité jaune, M. Malgat entend certainement avoir del'oxyde jaune de mercure ; or, qu'il prenne l'*Officine* de Dorvault, qui est toujours le bréviaire de la plupart des pharmaciens, et il verra que le seul corps désigné par lui sous le nom de *précipité jaune* est le sulfate trimercurique, turbith minéral, sulfate jaune de mercure (12e édition, 1889, p. 959) ; l'oxyde jaune, de mercure (p. 696) n'est nullement désigné par lui sous le nom de précipité jaune. Eh bien, que son ordonnance tombe chez un pharmacien non prévenu et que celui-ci donne une pommade au sulfate jaune de mercure, et nous ne croyons pas que le massage puisse être continué longtemps.

D'autre part, même en formulant toujours oxyde jaune de mercure, avec de l'axonge fraîche, comme le fait très justement M. Malgat, et non avec de la vaseline qui est un excipient déplorable pour les pommades oculaires, nous voyons rarement cette pommade à l'oxyde jaune, au centième, être bien supportée par les malades ; la rougeur et la douleur viennent très vite, même quand on en met avec discrétion. Je crois bien que c'est une question de préparation et de pharmacien, mais il n'est pas souvent facile de choisir son pharmacien. Aussi nous préférons une autre pommade qui est toujours beaucoup mieux supportée : c'est la pommade au précipité blanc, c'est-à-dire au protochlorure de mercure par précipitation ; nous ne croyons pas qu'ici il puisse y avoir doute sur la nature du produit. Cette pommade au précipité blanc offre le grand avantage de ne pas être irritante et de pouvoir facilement être employée à dose beaucoup plus élevée, jusqu'à 10 %. Je sais bien qu'il n'est pas inutile de provoquer une certaine irritation pour faire disparaître les taies, mais on finit toujours par l'obtenir et au moins avec le précipité blanc on peut faire un massage sérieux.

Maintenant et à la vérité, qu'obtiendra-t-on avec tout cela ? Quels que soient leur épaisseur et leur degré d'opacité, qu'il s'agisse de néphélion, d'albugo ou de leucome, il faut distinguer deux sortes de taies de la cornée : les taies par infiltration et les taies par cicatrices. Dans ces dernières, consécutives à des traumatismes, à des ulcérations, on peut faire ce qu'on voudra, on n'obtiendra rien, que de faire disparaître la zone d'infiltration qui peut entourer le tissu cicatriciel ; dans les taies par infiltration, au contraire, on peut beaucoup, surtout lorsque le sujet est jeune et lorsque la taie elle-même n'est pas trop ancienne. Pour cela, au moins en ce qui concerne les adultes, aucun moyen ne nous paraît plus actif que l'application sur le limbe scléro-cornéen, dans le voisinage de la taie ou même sur tout le pourtour de la cornée, de très petites pointes de feu avec la pointe fine du thermocautère. La cocaïne rend cette petite opération très facile et on la recommencera avec avantage tous les quinze jours ; mais ce procédé est difficilement applicable chez les enfants ; chez eux, la pommade a certainement du bon et, quand on saura y mettre assez de patience, on en obtiendra d'excellents résultats.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les œuvres professionnelles (1).

Dans un article précédent, nous disions que le médecin avait le devoir, devoir dicté par son intérêt propre, aussi bien que par les sentiments de solidarité professionnelle, de participer à toutes les œuvres confraternelles qui s'offrent à lui : Caisse des pensions de retraite, Association amicale, Sou médical, Syndicat, Concours médical, Association locale, etc..., Nous relevions immédiatement l'objection que toutes ces cotisations grèveraient sensiblement son budget, qui, pour être moins gros que celui de l'Etat, n'en est pas moins, souvent, fort difficile à équilibrer.

Et nous ajoutions qne nous reprendrions cette objection. — C'est ce que nous voulons faire aujourd'hui.

Commençons par résumer les avantages qu'assurent ces œuvres diverses au participant.

Par le *Concours médical*, il se tient au courant de tout ce qui touche la profession : il sait ce que pensent et disent ses confrères de toutes les régions, il connaît leurs efforts, les résultats qu'ils ont pu obtenir— il s'associe à toutes les œuvres fondées par lui, à toutes les études, à tous les travaux professionnels, sans parler de l'intérêt, que lui présente la partie scientifique du journal qui ne le cède à aucun autre.

Par le *Syndicat*, il se met en contact immédiat avec ses voisins : il défend avec eux ses intérêts propres, résiste aux exigences des collectivités qui l'enserrent, participe à l'organisation des services médicaux publics qui réclament sa collaboration, contribue à l'établissement du tarif d'honoraires, qui supprimera la concurrence déloyale, élabore le code déontologique qui lui permettra d'éviter les froissements avec ses confrères...

Par la *Caisse des pensions* il s'assure à 60 ans,

(1) Voir n° 22, page 259.

âge où son activité commencera à diminuer, une pension viagère qui suppléera à la diminution de la clientèle, ou lui permettra d'ajouter un peu au bien-être que sa situation lui donne — pension type de 1200 fr. qu'il peut à son gré augmenter ou réduire.

Par l'*Association Amicale*, il s'assure contre le risque maladie : toute incapacité de travail lui donnera droit à une indemnité de 10 fr. par jour pendant 60 jours et au delà, à une indemnité mensuelle de 100 fr. et ce, quelle que soit la durée de la maladie — jusqu'à 65 ans s'il choisit la combinaison A, et toute sa vie, s'il préfère la combinaison B.

Par le *Sou médical*, il s'assure l'aide de ses confrères dans les diverses difficultés de la vie, il poursuit l'exercice illégal, il fixe la jurisprudence sur les questions qui, le touchant personnellement, n'intéressent pas moins ses confrères ; il solidarise avec eux toutes les chances mauvaises qui risqueraient de l'accabler s'il restait isolé.

Par l'*Association locale* enfin, il tend une main secourable aux vaincus de la vie et leur assure le morceau de pain qui les prémunit contre la dernière chute.

Quelle sécurité pour lui-même et quelle satisfaction du devoir rempli ! Eh bien, que lui en coûtera-t-il ?

Tout d'abord, Concours médical, Sou médical, Syndicat, Association locale, n'exigeront qu'une cotisation uniforme : dix francs pour le premier, dix-huit francs pour le second, dix francs en moyenne pour le Syndicat et douze pour l'Association locale — soit 50 francs.

La Caisse des pensions et l'Association amicale ont des cotisations variables avec l'âge d'entrée. — Examinons donc ces divers âges.

1° Le médecin est jeune, il vient de s'installer, il a 28 ans :

Il paiera 146 fr. à la Caisse des pensions et 57 fr. à l'Association amicale, soit 203 fr. et, si l'on ajoute les 50 fr. précédents, 253 francs.

2° Il a attendu un peu que son installation soit définitive, qu'il soit marié, il a 30 ans :

Il paiera 164 fr. à la Caisse des pensions et 59 fr. à l'Association amicale, soit 223 fr. et, avec les 50 fr. des autres asociations, 273 fr.

C'est assurément à ce moment que ses ressources sont le plus maigres : lui est-il donc pourtant impossible de prélever sur elles une somme variant de 250 à 275 fr., environ 0 fr. 75 par jour ? Personne ne le croira. *Il est essentiel de noter que ces cotisations sont permanentes, le suivront toute sa vie, sans aucune augmentation ; il a été prévoyant de bonne heure ; il en sera récompensé.*

3° Mais il est déjà plus âgé, il a 35 ans :

Il paiera à la caisse des pensions 221 fr. et à l'Amicale 65 fr., soit 286 fr. et, avec les 50 fr. des autres associations, 336 fr.

4° Ou bien il a 40 ans, et il paiera à la Caisse des pensions 309 fr. à l'Amicale 72 fr., soit 382 fr. et toujours avec les 50 fr. des autres associations 422 fr.

C'est de 0 fr. 90 à 1 fr. 10 par jour, somme facile à trouver à ce moment où l'activité professionnelle est dans son plein, où le médecin ne recule ni devant un dérangement nocturne, ni devant une course supplémentaire.

5° Le temps passe et le médecin a 45 ans :

Il paie à la Caisse des pensions 460 fr. et à l'Amicale 80 fr., soit 540 fr. et avec les autres associations 590 fr.

6° Ou bien il a 50 ans et il paie à la Caisse des pensions 769 fr. et à l'Amicale 89 fr., soit 858 fr. et toujours avec les autres associations 938 fr.

C'est beaucoup, dira-t-on, à un âge où les charges de famille ont augmenté, où l'éducation des enfants coûte gros. Nous en convenons et nous engageons vivement nos confrères à ne pas attendre l'âge des grosses cotisations et nous croyons utile en face de cette somme de 938 fr. à 50 ans de rappeler celle de 253 fr. à 28 ans. Nous dirons, cependant, à ceux qui se trouvent dans ce cas, que leurs charges mêmes doivent les exciter à faire œuvre de prévoyance ; que s'ils commencent à être moins ardents, ils sont cependant encore dans la force de l'âge, que c'est le moment où ils atteignent le maximum de la clientèle et qu'il n'est pas au-dessus de leurs forces de prélever, chaque jour, une somme variant de 1 fr. 50 à 2 fr. 50

Qu'ils veuillent bien le remarquer, d'ailleurs, il ne s'agit pas, là, de sommes versées par eux en pure perte et dont ils ne profiteront pas personnellement. Le plus grand nombre d'entre eux certainement dépassera 60 ans, et la pension viagère de 1200 fr., pension qui n'est sujette à aucune retenue et qui n'a pas à craindre de conversion, sera pour eux une réalité qu'ils pourront apprécier.

Si, d'autre part, un accident ou la maladie les arrête — qui peut être sûr que la chose ne lui arrivera pas ? — c'est l'indemnité qui, tout au moins, paie le remplaçant. Que la maladie se prolonge, qu'elle détermine l'impotence, c'est une nouvelle pension de 1200 fr. dont la réalité n'est pas moins tangible que la précédente.

Et qu'ils aient à frapper à la caisse du Sou médical, à la suite de quelque difficulté grave, l'aide qui leur sera prêtée ne consistera pas seulement en bonnes paroles ou en condoléances plus ou moins sincères : c'est encore sous forme d'espèces ayant cours, que se traduira l'assistance confraternelle.

Or, on conviendra que la part qui, sur la cotisation annuelle, revient à ces trois œuvres, constitue la presque totalité de la somme réclamée ; dans ces conditions, ne pouvons-nous dire que les avantages matériels assurés compensent et au delà, le sacrifice que peuvent paraître exiger les autres œuvres qui, elles, assurent surtout des avantages moraux ?

Encore est-ce là une manière de parler, car quel est le confrère qui pourrait soutenir que le seul fait de son adhésion au Syndicat de sa région n'a pas augmenté ses recettes d'une somme bien supérieure à ce qu'il devra verser pour la participation à toutes nos œuvres ?

Et combien de confrères pourraient témoigner de services directs rendus par le Concours médical ? — En dehors des dons pour bons offices, enregistrés de temps à autre, que de lettres de remerciements !

Il faut en effet, chers confrères, et c'est par cette considération que nous terminerons, il faut lire les lettres qui accusent réception des pensions, des indemnités ou des secours divers, pour se faire une idée exacte de l'énormité des services rendus. C'est cette constatation qui nous soutient et nous encourage. C'est elle qui nous fait, de grand cœur, sacrifier au fonctionnement et à la

prospérité de ces œuvres, les rares moments de répit que nous laisse une lourde clientèle ; c'est elle qui stimule en nous l'esprit de prosélytisme.

Que ne pouvons-nous publier cette correspondance ? — Elle montrerait à ceux qui sont peu fortunés, à ceux dont le labeur quotidien est à peu près l'unique ressource (et c'est le plus grand nombre) que la participation à nos œuvres constitue, non pas une charge, mais un bénéfice certain. Elle montrerait, au petit nombre des heureux, qu'il est pour eux des devoirs sociaux à remplir : jeter au misérable le morceau de pain qui l'empêchera de mourir de faim, ce n'est pas plus remplir ces devoirs, que lui prêcher une morale désormais vaine, en phrases poncives et redondantes ; ce qu'ils doivent faire, c'est se rapprocher des humbles, c'est leur tendre la main pour serrer fraternellement la leur et non pas pour y déposer une aumône, plus difficile souvent à recevoir qu'à donner ; c'est prendre pour eux-mêmes une part des peines qu'ils ont à supporter, c'est tâcher de leur assurer un peu de cette quiétude et de ce bonheur qu'ils ont eux-mêmes en partage. Nous aurions presque honte d'ajouter qu'en ce faisant, ils ne sacrifient rien eux-mêmes, si nous ne savions que ce rapprochement des situations, cette participation égale pour tous, ces mêmes devoirs comme ces mêmes droits, sont la caractéristique même de nos œuvres, supprimant tout sentiment de protection orgueilleuse pour les uns, comme tout sentiment d'humiliation pénible pour les autres.

A. Gassot.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les fonctions de médecin des Enfants-Assistés ne peuvent être considérées comme un service public.

Au commencement de l'année dernière, M. le Dr Petitjean (de Decize-Nièvre), membre de *l'Association Amicale pour l'indemnité maladie*, nous écrivait qu'après avoir poursuivi, pour diffamation, un rédacteur du *Républicain de la Nièvre*, qui l'avait attaqué dans son rôle de médecin des Enfants-Assistés, il avait obtenu du tribunal civil de Nevers et de la Cour d'appel de Bourges la condamnation réclamée. Mais le diffamateur s'étant pourvu en cassation, sous prétexte que le médecin inspecteur des Enfants-Assistés était un fonctionnaire, ou détenait un mandat public qui le rendait justiciable de la Cour d'assises, en matière de diffamation par la presse, M. Petitjean demandait au *Concours Médical* qui pourrait l'aider pécuniairement et moralement dans la poursuite de ce procès, où l'intérêt général de la profession était en cause.

Nous répondîmes en substance à notre confrère :

« Il ne faut pas abandonner l'affaire. Nous « regrettons que la Société civile du Concours « n'ait pas de fonds affectés à ce genre d'interven- « tion. Comme le Sou médical n'est qu'à l'état « de projet et que vous n'avez pas de Syndicat, « nous vous conseillons de réclamer l'appui de « votre Société locale. Elle a pour président M. « le Dr Mignot, un des membres les plus dévoués « du «Concours». Nous sommes convaincus que « le Secrétaire général de l'Association, M. « Lereboullet, prêtera une oreille favorable à « une requête présentée par M. le Dr Mignot, et « que vous obtiendrez l'appui demandé, par cette « voie, à l'Association générale des médecins « de France. »

Or, cette affaire vient d'avoir une heureuse conclusion.

M. Lereboullet nous en donne le récit dans un article de la *Gazette hebdomadaire*, où il se plaint (et nous l'en approuvons, car le reproche ne peut s'adresser à nous) de ce que les journaux de médecine organisent, d'une façon si remarquable, la conspiration du silence sur les actes de défense professionnelle accomplis par l'Association générale. Seulement on nous permettra d'ajouter à bien plus forte raison, « et par le Concours médical ou par ses œuvres ».

Voici la fin de l'article en question :

« Or l'Association générale est intervenue. Il s'agissait, en effet, de savoir si le médecin des Enfants-Assistés de la Seine, dans un département où il est en même temps médecin-inspecteur de service des Enfants-Assistés de ce département et de la protection des enfants du premier âge, exerce une fonction ou tout au moins un mandat public le rendant justiciable de la Cour d'assises au point de vue de l'application des lois sur la presse et de la diffamation. C'était donc une question d'ordre général. Mais le pourvoi avait été admis par la Chambre des enquêtes. Il avait donc quelques chances d'aboutir à un jugement défavorable aux intérêts du Dr Petitjean. Nous nous sommes adressés dès lors à Me Morillot. Nous avons fait les frais de l'instance et, grâce à nous, M. le Dr Petitjean a obtenu gain de cause. Voici, en effet, le texte du jugement rendu le 24 mai dernier par la Cour de cassation :

Sur le premier moyen :

Attendu que l'article du journal *Le Républicain de la Nièvre* ayant motivé l'action en dommage-intérêts introduite par le Dr Petitjean (de Decize) pour injures et diffamations, contre le gérant du journal, visait uniquement la qualité de médecin des Enfants-Assistés du défendeur en cassation ; que c'est également sur cette qualité seule que le demandeur en cassation s'était fondé en première instance et en appel pour décliner la compétence de la juridiction civile ; qu'enfin ni l'arrêt attaqué, ni le jugement qu'il a confirmé n'ont fait aucune allusion à un autre titre dont aurait été investi le plaignant ; que dès lors le moyen tiré de ce que l'exception d'incompétence aurait dû être accueilli à raison de la fonction de médecin inspecteur des enfants du premier âge que le Dr Petitjean remplissait à côté de celle de médecin des Enfants-Assistés est nouveau et par suite irrecevable ;

Sur le deuxième moyen :

Attendu que pour demander aux juges du fond de se déclarer incompétents en conformité de l'article 46 de la loi du 29 juillet 1881, le sieur Pointu a excipé de ce que le défendeur en cassation était médecin des Enfants-Assistés nommé par l'administration ; attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que le Dr Petitjean a en effet été attaché par arrêté du préfet de la Seine au service des Enfants-Assistés de la Seine placés dans le département de la Nièvre, mais que le seul mandat qui lui eût été conféré par l'administration consistait dans l'obligation de veiller à la santé des enfants confiés à sa surveillance, de les visiter périodiquement et en cas de maladie de leur donner des soins et de leur fournir des médicaments ;

Attendu que la mission ainsi spécifiée n'emportait pour celui qui en était investi l'attribution ou la dé-

légation d'aucune partie des pouvoirs publics. D'où il suit qu'en déclarant que le Dr Petitjean ne pouvait êtres considéré comme un dépositaire ou agent de l'autorité publique, ni comme citoyen chargé d'un service ou d'un mandat public au sens de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881, et en rejetant, par suite, l'exception d'incompétence proposée, l'arrêt attaqué, loin de violer les textes de la loi visés par le pourvoi, en a fait au contraire une juste application ;

Par ces motifs, rejette le pourvoi formé contre l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Bourges le 23 octobre 1895 et condamne le sieur Pointu à une amende de 30) francs et à 150 francs d'indemnité envers le Dr Petitjean.

Ce jugement, m'écrit Me Morillot, prouve donc «que les fonctions de médecin des Enfants-Assistés ne peuvent être considérées comme un service public » et que, dès lors, la juridiction correctionnelle est compétente.

L. Lereboullet.

Nous sommes heureux de pouvoir féliciter M. le Dr Petitjean de la ténacité qu'il a mise à poursuivre une cause d'intérêt général, et non moins heureux de reconnaitre que l'Association a fait l'œuvre utile, que nous avons provoquée, et que nous ferons toujours désormais, en des cas analogues, par le *Sou médical.*

Il n'y a jamais trop d'émulation pour le bien.

CORRESPONDANCE

Société mutuelle des voyageurs de commerce.

Chaumont, le 5 juin 1898.

Mon cher Confrère,

Médecin désigné, depuis plusieurs années, par la Société de protection mutuelle des voyageurs de commerce, 13, boulevard de Strasbourg, chaque fois que j'ai été consulté par l'un de ses membres de passage à Chaumont, je lui ai demandé 3 fr. pour la visite ou la consultation au cabinet. Jamais, je n'ai reçu d'eux la moindre réclamation.

Je vivais donc sur ces données, quand, à la réception de l'annuaire de 1898, j'ai eu la curiosité d'en lire ce qui pouvait m'intéresser. J'ai constaté, avec surprise, que je n'avais pas le droit de demander plus de 2.50 la visite à domicile et 1.50 la consultation au cabinet.

En vertu d'une classification arrêtée en commun par les médecins de Chaumont, moins un, les voyageurs de commerce, qui gagnent au moins 3000 fr. par an, devraient être taxés à 3 fr. (nous ne faisons aucune différence entre la visite à domicile et la consultation). D'autre part, l'article 9 de l'entente survenue entre nous, spécifie que les réductions de faveur accordées aux sociétés de secours mutuels composées de *prolétaires* ou *petits employés*, ne peuvent s'appliquer aux sociétés qui, bien que se réclamant des principes de mutualité, se recrutent dans une même profession ou fonction, et, comme exemple, entre autres, il vise les sociétés de voyageurs de commerce.

J'ai adressé mes observations à la Société, qui m'a répondu, par retour du courrier, en me demandant l'acceptation de son tarif ou ma démission. Mes confrères de Chaumont sont avertis, et je ne doute pas qu'ils ne fassent cause commune avec moi.

Mais, cette société a des adhérents dans toute la France. Je pense qu'il ne s'agit pas ici d'une question locale, mais d'une question intéressant le corps médical tout entier. Il me paraît inadmissible que nous nous laissions infliger un tarif réduit par une catégorie de personnes qui n'ont aucun besoin que nous leur fassions l'aumône. Le *Concours médical* est mieux placé que qui que ce soit pour appeler l'attention de nos confrères sur cette question. Je ne doute pas que, grâce à sa publicité et à sa propagande, nous n'arrivions promptement à débarrasser le corps médical de ce spécimen de parasites, dont l'espèce n'est malheureusement que trop nombreuse.

Veuillez, agréer, etc.

Dr Guillaume, n° 480 du *Concours.*

Notre confrère fera fort bien de ne pas se laisser intimider et de maintenir son droit, car nous sommes encore, là, en présence d'une Société très riche, et dont les membres ne passent pas pour s'imposer beaucoup de privations. Une concession à la Société des voyageurs de commerce, qui rayonne par toute la France, serait un déplorable précédent. Le *Concours* remercie M. le Dr Guillaume d'avoir attiré l'attention, une fois de plus, sur ce danger.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat médical des Hautes-Pyrénées.

14 octobre 1897.

Présents : MM. Vignes, *de Tarbes*, Dussac, Daverède, Esquivar, Ferran, Duplan, Brachet, Mieussens, Faget fils, Castex, Trélaün, de Peyret, Verges, *de Séméac*, Verges, *de Lourdes*, Fontan, *de Momères*, Fontan *de Trie*, Jarrou, Forcade, Lasserre, Ponsan, Sabail, Miquel-Danton, Durand, Lacrampe-Loustau, Nogués, Salles, Cazade, Prat, Bouzigues, Dejeanne, Lafforgue, Labit, Vignes, *de Lourdes*, Destrade-Toussaint, Dupin.

Plusieurs membres s'étaient fait excuser soit par dépêche, par lettre ou de vive voix.

M. le Président, après avoir présenté à l'Assemblée le Dr Bach, trésorier, et le Dr Crouillebois, secrétaire du Syndicat de la Haute-Garonne, leur adresse quelques paroles de bienvenue et annonce que ces honorables confrères sont délégués auprès de nous pour resserrer les liens de bonne confraternité et pour s'entendre sur quelques questions d'intérêt professionnel. Il les prie de transmettre à leur Président, qui s'est excusé par dépêche, ainsi qu'à leurs collègues, les meilleurs témoignages de sympathie des membres du Syndicat des Hautes-Pyrénées.

Il donne ensuite lecture d'un vœu de félicitations adressé, par quelques membres et auquel s'associe toute l'Assemblée, à la Chambre syndicale pour les bons résultats obtenus dans les affaires qui se sont présentées et d'honorer, en particulier, le Secrétaire-Trésorier, d'une médaille d'argent, pour le zèle et le dévouement qu'il a déployés pour le Syndicat et le magnifique succès qu'il a obtenu. Une face porterait cette inscription : « *Syndicat médical des Hautes-Pyrénées* » : et l'autre, « *A M. Dupin, ses Confrères reconnaissants.* »

M. le Président continue en donnant quelques explications sur le but et les avantages de notre Association, avantages qui, par la suite, iront sans cesse en augmentant. Il donne ensuite la parole au Secrétaire-Trésorier. Celui-ci, en quelques mots, remercie ses confrères des marques de sympathie qu'ils lui témoignent et fait ressortir que c'est à leur bonne volonté qu'est due la réussite du Syndicat, car ils ont compris qu'en

se groupant ils obtiendraient rapidement une force considérable pour les revendications qu'ils attendaient.

Le Trésorier engage les membres présents à faire tous leurs efforts pour amener au Syndicat les quelques confrères qui n'en font pas encore partie, il espère que sous peu tous auront adhéré.

Membres.

Lecture est donnée de tous les noms des syndiqués, qui sont au nombre de 96 sur 125 médecins inscrits dans les Hautes-Pyrénées.

MM. Amadou, Faget père et fils, Ducuron fils, Sempé, Jarrac. Forcade, Duplan Vignes, *de Tarbes*, Lasserre, Mossel, Fontan, *de Momères*, Tujague, *de Rabastens*, Ferran, Forcade, *d'Ossum*, Sabail, Brachet, Courréges, Miquel-Dalton, Deffis, Pédebidou, Castex, Porterie, Gauté, Lacrampe-Loustau, Durand, Mieussens, Délas, Daudirac, Esquivar, Nogués, Gaye, *de Rabastens*, Dussac, Batsère, Ducos, Salles, Cazade, Prat. Daverède; Vergès, *de Séméac*, Ponsan, Dupin, Destrade-Toussaint, Fontan, *de Trie*, Latapie, Claverie, Bouzigues, de Larbés, Maicles, Dejeanne, Dhers, Cazalas, *de Bagnères*, Ribes, Colongues, Cougombles, Aubiban, Rène, Ducasse, Lafforgue, Sans, Colat, Bourdette, Maupomé, Tajan, Dupont, *d'Avezac*, Dupont, *de Labarthe*, Pouy, Cuillé, *de Montgaillard*, Cardeillac, Doléac, Dutech, Bize, Peyrega, Dufaur, Verdier, Balencie, Cénac, Flurin, Trélaün, Bordenave, de Peyret, Duhourcau, Labit, Vignes, *de Lourdes*, Verges, *de Lourdes*, Cuillé, *de Sempé*, Druène, Domer. Bordes, Larré, Perus, Bèzi, Bordères.

Statuts.

Le Secrétaire-Trésorier donne lecture de la revision des Statuts et des règlements déontologiques, pris sur les Statuts de la Haute-Garonne et adoptés par la Chambre syndicale, avec quelques modifications. Le Dr Forcade propose d'ajouter l'article suivant : seront passibles d'une amende de 50 à 500 fr., les membres qui ne se conformeront pas au présent règlement. Cette proposition, soumise au vote, est adoptée par 14 voix contre 13 et 7 abstentions.

Assistance médicale.

M. le Secrétaire adjoint présente un rapport sur cette question ; l'Assemblée décide qu'une Commission fera les démarches nécessaires auprès de l'Administration, pour que nous puissions enfin toucher la juste rémunération de nos honoraires.

Bureau et Conseil

M. le Président explique ensuite que la Chambre syndicale ne représentant plus l'expression de la majorité des membres actuels et que les Conseillers n'étant pas suffisamment bien répartis, donne sa démission et propose de porter de 10 à 14 le nombre des Conseillers, dont 6 pour l'arrondissement de Tarbes, 5 pour l'arrondissement de Bagnères et 3 pour l'arrondissement d'Argelès, ce qui est adopté. Le Bureau est réélu à la presque unanimité. M. le Dr Vignes, *de Tarbes*, président, M. le Dr Claverie, Vice-Président, M. le Dr Dupin, Secrétaire-Trésorier, M. le Dr Dussac, Secrétaire adjoint.

Le Secrétaire,
Dr Dupin.

Sur la proposition du Secrétaire-Trésorier, l'Assemblée vote des remercîments au Bureau du Syndicat de la Haute-Garonne, pour l'envoi gracieux du journal la *Fédération* à tous nos adhérents ; elle adopte, à l'unanimité des voix, l'affiliation du Syndicat des Hautes-Pyrénées à la Fédération des Syndicats du Sud-Ouest et accepte de verser la somme de 1 franc par membre, pris sur la caisse, pour l'abonnement à la *Fédération médicale*.

REPORTAGE MÉDICAL

Publicité pharmaceutique. — Certains pharmaciens abusent peut-être d'un mode de publicité qu'on reprochait récemment à la littérature pornographique et qui consiste à faire pénétrer leurs prospectus dans les familles, par le procédé suivant : ils prennent dans les annuaires les adresses des femmes et des jeunes filles extrêmement nombreuses maintenant, affiliées aux Sociétés sportives, et leur envoient directement lesdits prospectus par la poste ou par la remise à domicile. Le père de famille est un peu étonné de trouver dans son courrier une lettre ainsi adressée : Mademoiselle X.... avec la mention *personnelle*. Il ouvre, non sans une certaine émotion, et trouve une fort jolie gravure représentant une aimable bicycliste arrêtée au milieu d'un gracieux paysage. Au bas de l'image ces mots suggestifs : Grâce à l'apiol de... (nous supprimons les noms), on peut se déplacer sans avoir à redouter les malaises périodiques si fréquents aujourd'hui. Au verso : Mesdames, pour vous déplacer vous avez toujours l'angoisse de l'époque douloureuse du mois et souvent vous croyez devoir vous priver d'un voyage d'agrément. Emportez un flacon d'apiol de.. vous éviterez les malaises périodiques, douleurs, etc...... Exiger la marque de fabrique. Enfin, cet alléchant prospectus est complété par une gravure représentant une malheureuse jeune femme couchée sur une chaise longue et évidemment en proie aux douleurs de la dysménorrhée parce qu'elle a eu le tort de ne pas prendre l'apiol de.....

Sans être d'une pruderie excessive, il nous semble que cet appel direct aux jeunes filles manque un peu de délicatesse et que les fabricants de la spécialité dont nous parlons n'augmenteront pas beaucoup ainsi la vente de leur produit, ce qui aurait pu, à défaut d'autres raisons, les dispenser d'employer ce procédé. Qui sait même ! Les médecins ont le caractère si mal fait qu'il y en a peut-être parmi eux qui, froissés de voir cet appel à l'exercice illégal sévir jusque dans leur foyer, ne prescriront plus que l'apiol...... d'une autre maison.

(*Journal de médecine et de chirurgie.*)

Revue du Monde Invisible, journal mensuel dirigé par Mgr Elie Méric, avec M. le Dr Surbled, secrétaire de la rédaction. Administration et rédaction, 29, rue de Tournon, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4282. — M. le docteur Bridier, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), membre du Syndicat du Puy-de-Dôme.

N° 4283. — M. le docteur Cicel, de Marsillargues (Hérault), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 27 2 JUILLET 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

Directeur-Fondateur : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Société civile du Concours Médical

Séance du 23 juin 1898

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat.

Excusé : M. le Dr Gibert.

Le Conseil, à l'unanimité, est d'avis qu'il y a avantage, au point de vue général, à prendre part au Congrès de Déontologie, qui est projeté et d'adhérer, en principe, à ce congrès proposé par M. le Dr Glover et accepté par la Société du IXe arrondissement, qui s'en est fait le promoteur.

Le Conseil s'entretient du *Code des honoraires médicaux* publié récemment par M. le Dr Floquet, et ayant antérieurement donné son entière adhésion au tarif proposé par M. le Dr Jeanne, charge ce dernier de lui présenter, sur cette question, un rapport, qui sera publié au journal.

Il décide l'étude d'une formule de cession de clientèle (sur demande adressée par plusieurs confrères).

Le conseil examine le travail de propagande de nos œuvres diverses, préparé par M. le Dr Gassot et qui sera ultérieurement publié.

Le Conseil décide que des efforts seront faits pour grouper et intéresser à la cause médicale, les députés et sénateurs, membres du Concours.

Il étudie diverses questions qui ne sont pas assez mûries pour être publiées pour le moment.

Il donne aux divers points visés par la correspondance du trimestre écoulé, les solutions qu'ils comportent.

Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie.

Séance du 23 juin 1898.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne.
Excusé : M. Archambaud.

Pénalités.

Le Conseil annule les admissions, antérieurement prononcées, de MM. Simonnot, Bloch, parce qu'elles n'ont pas été suivies, malgré rappel du Trésorier, du versement de la cotisation.

Il annule également celle de M. Bompar, en remerciant ce confrère d'avoir indiqué les motifs très légitimes de son changement de décision.

Puis, conformément aux dispositions de l'article 10, il prononce la radiation des membres inscrits sous les numéros 53, 155, 333, 375, qui, suspendus depuis le 1er juillet 1897, ne se sont pas libérés à cette heure, malgré une mise en demeure envoyée par lettre recommandée.

Le Trésorier signale comme frappés de suspension, depuis le 1er janvier 1898, les sociétaires inscrits sous les numéros 88, 188, 288, 289, 448, 451, qui n'ont pas versé la cotisation du 1er semestre, et le n° 445, comme relevé de sa suspension à la date du 24 mars.

Indemnités.

Le Conseil vote ensuite les indemnités qui suivent aux sociétaires :

n°	2	pour	13	jours............	130 fr.
n°	39	»	5	»	50 »
n°	74	»	1	»	10 »
n°	77	»	9	»	90 »

nº 79	pour	2 mois et demi......	250 fr.	
nº 82	»	3 »	300 »	
nº 119	»	3 »	300 »	
nº 150	»	3 »	300 »	
nº 159	»	25 jours plus 2 mois, 5 jours..........	466 »	65
nº 178	»	6 jours,............	60 »	
nº 199	»	60 jours, plus 1 mois.	700 »	
nº 217	»	23 »	230 »	
nº 234	»	25 »	250 »	
nº 251	»	4 »	40 »	
nº 401	»	2 jours, plus 1 mois, 28 jours.........	313 »	35
nº 413	»	1 mois et demi, moins une amende de 76 fr............	74 »	
nº 424	»	4 jours.............	40 »	
		Total.........	3.604 fr.	00

Il décide à l'unanimité, d'après l'enquête faite sur les conditions d'admission dans la Société du nº 144, qui est mort le 10 février, qu'aucune indemnité n'est due à la succession de ce confrère.

Admissions.

Combinaison A : MM. Richard, Alexandre (Rosporden, Finistère), Pierre (Berck-sur-Mer, Pas-de-Calais), Griffault (La Mothe-Saint-Héray, Deux-Sèvres), Lefranc (Carnac, Morbihan).

Combinaison B : MM. Lande (Bordeaux), Dupont (Yzernay, Maine-et-Loire). Delucq (Vic-Fezensac, Gers), Pascal (Béziers, Hérault), Carlotte (Auneau, Eure-et-Loir), Richard (Victor), Pithiviers (Loiret), Fillon (Cœuvres-Vesery, Aisne), Levraud (Saumur, Maine-et-Loire).

Correspondance.

Le secrétaire général donne connaissance des lettres qu'il a reçues et qui signalent des détails intéressants, soit au sujet de la propagande, soit au sujet des services rendus, par la Société. Le Conseil vote des remerciements à tous ceux qui estiment que le meilleur moyen de le récompenser de ses efforts, consiste à déployer tout le zèle possible dans la recherche d'adhésions nouvelles.

La séance est levée à 6 heures.

PROPOS DU JOUR

Au secours !

Il y a quelques années, un instituteur de 35 ans, père de sept enfants, qu'il désespérait d'élever avec son modeste traitement, eut le courage de commencer ses études de médecine, afin de trouver dans notre profession les ressources, qui lui faisaient défaut.

Dans le public, dont il était, on a de ces illusions !! A la réalisation de ce projet, rêve d'un homme, qui ne s'abandonne jamais dans les difficultés de la lutte pour l'existence, il consacra tous ses loisirs, toutes ses veilles, et, malheureusement aussi, les dernières économies de ses vieux parents, qui s'étaient bravement associés à son effort surhumain.

En 1894, il était reçu docteur. Travailleur énergique, bien doué, ne manquant ni de savoir, ni de savoir faire, il crut toucher au but de sa vie, en venant s'installer dans une ville où la mort avait récemment frappé un confrère qui occupait une belle situation. Des promesses lui furent faites, des encouragements lui furent prodigués, tout devait marcher à souhait pour celui qui ne reculait pas devant la peine. Il se fixa dans la ville choisie, inscrivant d'abord (il le fallait) au chapitre *Dépenses* de son futur budget, un loyer et des charges considérables, quoique sagement mesurés, en proportion avec sa nombreuse famille.

Mais la malechance le guettait. Bientôt survint un jeune médecin qui prit une grosse part de la succession récemment ouverte. Les recettes n'augmentèrent plus, puis baissèrent sensiblement ; un huitième enfant arriva ; le déficit apparut, désormais fatal et grandissant. Longtemps, notre confrère redoubla en vain d'ardeur, d'activité, d'économie, sans cesser d'être correct dans la lutte avec ses rivaux, qui sont aujourd'hui ses parrains près de notre Société. Mais, la tâche était au-dessus des forces humaines.

Le mois dernier, il avait jeté timidement le cri : « Au secours. » Vous en avez trouvé un écho dans la petite correspondance, et quelques-uns ont même répondu (ce dont nous les remercions) par l'indication de postes à occuper. Malheureusement, nous avons craint que ceux-ci ne fussent insuffisants pour subvenir à l'existence d'une aussi nombreuse famille, si habituée qu'elle soit à la plus stricte économie. Puis, notre admirable et vaillant confrère ne voulait pas encore s'avouer tout à fait vaincu ; il conservait un peu de cette espérance qui engendra les actes héroïques ; il n'abdiquait pas.

Aujourd'hui l'aveu est venu. Ce « *Je ne puis plus* » qu'il ne voulait pas prononcer, ses amis et rivaux l'ont entendu, et nous le transmettent. La mesure est comble, la nichée a faim, le crédit aléatoire effraye celui, dont vous connaissez désormais le caractère et la trempe.

L'aumône n'est pas de mise en cette circonstance. La main, que l'on nous tend, réclame le pain quotidien, mais en échange de travail, de beaucoup de travail. On demande, en un mot, notre concours, et nous sommes le « Concours médical ».

Un poste, chers confrères, *un bon poste*, s'il vous plaît, et au plus vite.

Nous avons pris nos dispositions pour le reste.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic entre l'herpès génital et le chancre syphilitique.

Le diagnostic entre l'herpès génital et le chancre syphilitique est souvent extrêmement ardu, et bien des médecins, même spécialistes, sont embarrassés pour se prononcer ; il faut, tout d'abord, éliminer les cas où l'herpès génital se présente sous son aspect typique de petites vésicules ou d'ulcérations bien arrondies, multiples, légèrement douloureuses, survenant peu après le coït et sans aucune induration. Il faut éliminer de même, l'*herpès progénital récidivant*, dont les accès successifs et multiples écartent l'idée d'un chancre syphilitique.

Mais, l'herpès génital a parfois un aspect insolite ; l'ulcération est unique et s'accompagne d'une légère induration ; on croirait se trouver devant un chancre nain et, de fait, la ressem-

blance objective est très grande. Ce qui augmente encore la perplexité, c'est que l'herpès génital s'accompagne parfois de sensibilité et de tuméfaction légère des ganglions de l'aine. On peut arriver au diagnostic, en se basant sur les caractères suivants : l'herpès survient peu de jours après le coït, quelquefois le jour même ; il est souvent précédé de picotements ou de sensations de brûlure ; quand les renseignements du malade sont très précis, ce signe a une réelle valeur. (Bayet. *Journ. de méd. de Bruxelles*.)

L'induration, quand elle existe, est plus molle, plus diffuse, plus douloureuse à la pression que celle du chancre induré ; parfois on découvre, à côté de la lésion principale, une petite vésicule, une petite ulcération circulaire, qui éclaire le diagnostic.

Enfin, la sécrétion séreuse est claire, tandis que celle du chancre, quand elle existe, est plus trouble.

Leloir a attiré l'attention sur deux signes importants : le signe du raclage et celui de la pression :

Voici comment Leloir s'exprime à ce sujet :

1° *Signe du suintement.* — « Prenez un chancre nain, pressez-le entre vos doigts aussi longtemps que vous voudrez, vous ne ferez pas sourdre plus de liquide à la surface qu'il n'en a ordinairement. C'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

« Prenez, au contraire, une érosion d'herpès, d'herpès solitaire dans le cas actuel, et vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée, analogue à la sérosité de certains eczémas. Essuyez cette gouttelette, pressez de nouveau et vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essuyez encore, puis pressez encore, nouvelle gouttelette, et ainsi de suite. »

2° *Signe du raclage.* — Si en raclant légèrement la surface du chancre, on ne trouve dans le produit exsudé que des globules blancs, on a de grandes chances de n'avoir affaire qu'à un herpès ; s'il y a, en même temps que des globules blancs, des cellules épithéliales dégénérées, on se trouve en présence d'un chancre syphilitique.

Comme on le voit, les signes utilisables pour le diagnostic différentiel sont nombreux ; en procédant méthodiquement, on arrive, dans la grande majorité des cas, à déterminer la nature exacte de la lésion, mais cela n'arrive cependant pas toujours. Dans cette dernière occurrence, il ne faut déclarer le malade indemne de syphilis, qu'après une période d'observation d'au moins trois mois.

Examen du sang dans les maladies de l'estomac, et surtout dans l'ulcère et le cancer gastriques.

L'examen du sang, dans les affections gastriques, permet parfois d'en établir le diagnostic, souvent fort embarrassant. M. le Dr Jez expose, dans le *Wiener med. Wochenschrift*, les recherches qu'il a entreprises dans ce sens et les résultats qu'il a obtenus : Dans la gastrite et le catarrhe chronique, avec atrophie de la muqueuse, il n'existe aucune modification dans le sang.

Dans le cancer, l'auteur attribue une grande importance diagnostique à l'absence de leucocytose digestive.

Généralement, apparaissent de bonne heure, dans le sang, des globules nucléés, dont l'existence indique une affection grave.

Dans l'ulcère rond, M. Jez a vu une apparition rapide de la leucocytose digestive, une diminution de la richesse du sang en hémoglobine (mesurée avec l'appareil de Fleischl), de la poikilocytose, mais pas de globules à noyaux. Après hémorrhagie, il a vu de la leucocytose et l'apparition de normoblastes (globules nucléés) dans le sang. Les mononucléaires étaient bien plus abondants. Plus tard on ne constatait plus de normoblastes.

L'examen du sang présente donc quatre points à étudier :

1° Il faut faire la numération des globules rouges et rechercher la richesse en hémoglobine ; la diminution d'hémoglobine va parallèlement avec l'anémie; mais il n'y a pas dans ces données d'élément pour le diagnostic.

2° Il faut faire la numération des leucocytes, mais là encore il n'y a rien de caractéristique d'après les recherches de l'auteur. Dans le cancer, la leucocytose peut être due aux hémorrhagies ou au ramollissement secondaire des tumeurs.

3° La recherche des *globules nucléés* est, au contraire, très utile au diagnostic entre l'ulcère et le cancer, et entre les sténoses cicatricielles et celles qui sont dues à des tumeurs de mauvaise nature. L'apparition des globules nucléés est en faveur du cancer ; leur absence en faveur d'un ulcère.

4° Il faut enfin étudier la *leucocytose digestive*, qui a aussi une valeur pour le diagnostic différentiel. En effet, cette leucocytose est influencée par les modifications de la muqueuse gastrique et de son appareil lymphatique. L'existence de leucocytose de digestion va à l'encontre de l'idée d'un cancer ; son absence doit amener à la conclusion de l'existence d'un carcinome (1).

L'examen du sang, s'il ne peut suffire au diagnostic, peut donc être utile et c'est un élément à ajouter à d'autres dans les cas *difficiles*.

Traitement de la syphilis par les injections de sérum mercuriel.

M. le Dr *J. Chéron*, de Saint-Lazare, vient de préconiser un nouveau traitement de la syphilis par l'emploi simultané du sérum et du bichlorure de mercure, à la place du calomel ou de l'huile grise.

Voici la formule de ce mélange injectable :

Bichlorure de mercure......	0.50 centigr.
Chlorure de sodium.........	2 grammes.
Acide phénique neigeux.....	2 grammes.
Eau distillée stérilisée.......	200 grammes.

Chaque injection comporte 20 cent. cubes de liquide, c'est-à-dire 5 centigrammes de bichlorure de mercure par injection.

L'injection est faite dans la fossette rétro-trochantérienne, dont on détermine la situation par le procédé suivant : la malade étant couchée

(1) *Rev. gén. de Path. int.*, juin 1898.

sur le côté, et légèrement inclinée en avant, on délimite par la palpation le trochanter, que l'on représente sur la peau, par une ligne droite, suivant son grand axe, à l'aide du crayon dermographique. Du milieu de cette ligne, on élève une perpendiculaire de dix à douze centimètres.

On partage ainsi la fossette retro-trochantérienne en deux parties égales ; c'est à gauche et à droite du sommet de cette ligne que la piqûre doit être faite, bien perpendiculairement au plan représenté par la peau de la région.

L'aiguille dont on se sert est en platine iridié, sa longueur est de trois centimètres 1/2. Plus courte, elle porte le liquide dans le tissu cellulaire, ce qui change complètement la nature de l'injection qui, au lieu d'être intra-musculaire, reste sous-cutanée.

Cette longueur de l'aiguille a la plus grande importance, au point de vue de la douleur, car l'aiguille plus longue ou poussée profondément, en déprimant les tissus, éveille une douleur qui persiste pendant 24 heures au moins.

La seringue sans piston que M. Chéron a fait faire, dans le but de pratiquer facilement des injections relativement abondantes, permet d'introduire les 20 cent. cubes de sérum bichloruré sans secousses.

Cet instrument est tout entier en métal et en verre. C'est à l'aide de l'air comprimé dans un petit réservoir sphérique, aseptisé par son passage à travers un tampon d'ouate stérilisée, que se fait la propulsion du liquide.

Quel que soit le soin mis à faire une injection de 20 cent. cubes, il se produit toujours des à-coups et des ébranlements douloureux pour le patient, tandis qu'en employant l'air comprimé, le liquide introduit avec une lenteur égale et sans secousses, pénètre sans douleur, si l'on prend la précaution de modérer l'écoulement avec le robinet inférieur.

Trois parties composent cet instrument : une aiguille, un tube ou corps de pompe et un réservoir sphérique en caoutchouc :

On pompe après avoir fermé le robinet et on visse le réservoir sur le tube rempli du liquide à injecter.

On chauffe le liquide sur la lampe à alcool, on fait rougir l'aiguille, qui est en platine iridié. Tout est prêt pour l'injection.

D'un coup sec sur la région rétro-trochantérienne préalablement lavée à l'alcool et à la liqueur de Van Swieten on fait pénétrer l'aiguille jusqu'au talon, sans pousser sur la peau pour la faire pénétrer plus profondément. On ouvre en plein le robinet du réservoir et on modifie l'écoulement avec celui qui est en bas du tube.

Avant de retirer l'instrument, alors qu'il n'y a plus que quelques gouttes de liquide, on déprime les tissus autour de l'aiguille, on retire très rapidement, et on recouvre aussitôt l'orifice avec du collodion et quelques brins d'ouate.

Il est important de ne pas masser après l'injection.

Il résulte d'une longue observation que le traitement de la syphilis par les injections de sérum artificiel bichloruré peut être résumé comme suit :

L'injection intra-musculaire du plus actif des sels solubles de mercure, le bichlorure, en solution dans un sérum artificiel, donne de tels résultats, dans le traitement de la syphilis, qu'elle est digne d'attirer l'attention des médecins.

Avec cette solution, il n'y a ni chaleur, ni gonflement ; la douleur est à peu près nulle ; elle n'est ni prochaine, ni consécutive, si l'on observe scrupuleusement la technique que nous avons indiquée.

La quantité de bichlorure introduite, chaque fois, dans le tissu musculaire est de cinq centigr. dissous dans 20 cent. c. du sérum artificiel, dont nous avons donné la formule.

Dans les cas où il est urgent d'agir très promptement, avec une grande énergie, on peut augmenter la quantité de bichlorure ; la tolérance est très grande (jusqu'à huit et même dix centigrammes).

L'injection doit être faite tous les six ou huit jours, suivant la rapidité d'action qu'on juge nécessaire. La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure, comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine qui ont été pratiquées.

Les résultats obtenus sont très rapides. Quatre ou cinq injections, quelquefois un plus petit nombre, suffisent pour amener la disparition des lésions syphilitiques. Si l'on a affaire à une syphilis maligne et résistante, on peut sans inconvénient augmenter le nombre des injections.

La vraie stomatite n'a jamais été constatée. Ce n'est que dans les cas de mauvais entretien de la bouche, que quelques rougeurs et quelques érosions légères ont été observées au niveau de la couronne des molaires. Ces lésions ont disparu sans soins spéciaux.

Les injections intra-musculaires de cinq centigrammes de bichlorure de mercure, en solution dans un cent. cube d'eau salée, sont mal supportées, elles sont douloureuses, elles donnent lieu souvent à de la rougeur des téguments et à de la chaleur, pendant plusieurs jours; c'est donc à la dilution du bichlorure dans une grande quantité de liquide et à l'action analgésique de l'acide phénique, qu'est due la manière facile et indolore dont le sérum bichloruré en injections intra-musculaires est supporté.

En même temps que disparaissent les lésions, l'état général s'améliore, la tension artérielle se relève, le nombre des globules et l'hémoglobine augmentent, les forces reviennent, comme l'indique le dynamomètre, et l'action du sérum artificiel sur les fonctions cérébrales, se fait promptement sentir.

Il est intéressant de considérer l'aspect des malades traitées par le sérum bichloruré · chacune d'elles présente la coloration rosée de la face et accuse un grand état de bien-être et de vigueur qui lui faisait défaut avant de commencer le traitement.

La péritonite à pneumocoques.

Pour le Dr *Prosper Temime*, de Paris, la péritonite provoquée par les pneumocoques, primitive et isolée, est assez fréquente chez l'enfant, et en particulier, chez les filles ; mais, elle est rare chez l'adulte.

L'étiologie en est assez obscure : il est vraisemblable que l'infection se fait par voie lymphatique ou circulatoire. Le début est brusque ; il

n'y a pas de prodromes ; une vive douleur abdominale, des vomissements, de la fièvre, une atteinte profonde à l'état général, l'absence de constipation, et même un peu de diarrhée, constituent l'entrée en scène de la maladie.

Plus tard le ventre se tuméfie, le liquide se forme et s'enkyste, en même temps que les symptômes initiaux s'atténuent et qu'une fièvre septique persiste.

Le pus est crémeux, bien lié, verdâtre et tient en suspension de nombreuses membranes fibrineuses. Le pneumocoque à l'état de pureté est l'agent pathogène de cette péritonite.

Cliniquement le diagnostic causal de l'infection est d'autant plus difficile qu'on n'y songe pas en raison de sa rareté. Néanmoins, on pourra tout de même le soupçonner, eu égard au mode de début, et à l'absence de commémoratifs. La ponction exploratrice serait un moyen d'assurer ce diagnostic.

Mais le diagnostic immédiat nous intéresse peu. A part la dothiénenthérie, pour laquelle nous avons la précieuse ressource du séro-diagnostic, nous nous trouvons toujours en présence d'une péritonite le plus souvent locale. Or à l'heure actuelle toute péritonite, quelle qu'elle soit, est justiciable de la laparotomie. Le diagnostic causal nous importe donc peu ; il ne sera que rétrospectif et intéressera le pronostic.

Le pronostic, quoique meilleur que celui de toutes les autres variétés de péritonites suppurées, est grave néanmoins si on laisse évoluer la maladie ou si on la traite médicalement. Il est au contraire relativement bénin, si on a le soin d'opérer rapidement et à propos.

Au point de vue thérapeutique, il ne saurait donc y avoir la moindre hésitation ; toutes les fois qu'une péritonite pneumococcique ou autre, paraît s'être développée, il faut laparotomiser le malade, et cela dans le plus bref délai. C'est en effet le traitement de choix, et le médecin ne doit pas tarder à y recourir le plus tôt possible, de façon à intervenir en temps opportun et non lorsque l'infection est profonde et l'organisme définitivement sidéré.

La ponction qui réussit quelquefois seule dans la pleurésie de même nature, est insuffisante, et doit céder le pas à l'incision franche, hardiment et rapidement faite. Celle-ci devra être le plus souvent médiane et large, de façon à pouvoir assurer l'exploration minutieuse des flancs, des hypocondres et permettre de dépister, s'il y a lieu, des poches purulentes cloisonnées, qui pourraient être méconnues. La collection purulente peut en effet occuper une grande loge ou plusieurs loges ; c'est une notion que le chirurgien ne doit pas oublier au moment de l'opération.

Nous n'avons pas à insister sur le manuel opératoire de la laparotomie, opération très simple et devenue aujourd'hui d'une très grande fréquence.

Si la poche purulente est bien limitée, si le pus s'élimine bien, point n'est besoin de faire de lavage ; si, au contraire, la cavité est anfractueuse, profonde, si le pus est fétide, il serait bon de faire un lavage très prudent de la poche, avec de l'eau bouillie tiède. On drainera ensuite soit à l'aide d'un gros tube de caoutchouc, soit par le procédé de Mickulicz.

CHIRURGIE PRATIQUE

Technique de la Circoncision.

La circoncision est une des opérations de petite chirurgie des plus délicates et que le médecin a souvent l'occasion de faire. Nos lecteurs trouveront donc le plus grand intérêt dans la note suivante que M. le Dr Guyard a lue sur ce sujet à l'Association française d'Urologie et que nous croyons devoir reproduire presqu'*in extenso* (1).

« *Anesthésie.* — Une première question se pose. L'anesthésie est-elle nécessaire et, dans ce cas, doit-elle être générale ou seulement locale ? Sans doute l'opération peut être faite sans anesthésie ; c'est toujours ainsi que je procédais lorsque j'étais interne à l'hôpital du Midi, en 1879 ; c'est également ce que Thiéry semble préférer (*Gaz. méd. de Paris*, 1891, p. 183), subissant aussi probablement l'influence des habitudes traditionnelles de ce même hôpital. Cependant, il faut convenir que l'opération est extrêmement douloureuse et que, pour très bien faire l'hémostase et la réunion, il est bon de ne pas se presser. Il y a donc des avantages incontestables et multiples à supprimer la sensibilité. Or, bien que l'anesthésie puisse être convenablement réalisée par les injections sous-cutanées de cocaïne, je préfère de beaucoup le chloroforme. L'emploi hypodermique de la cocaïne s'accompagne toujours d'une infiltration du tissu cellulaire qui rend plus difficile la section régulière du prépuce et peut mettre obstacle à la réunion par première intention. Parfois même (Bousquet), il en est résulté des accidents de suppuration ou de gangrène. Je crois fermement qu'avec des solutions convenablement stérilisées, il n'y a rien de semblable à redouter. Néanmoins, je donne sans hésiter la préférence au chloroforme, qui laisse au chirurgien la plus grande liberté d'action, et qui, entre les mains d'un aide attentif et expérimenté, offre vraiment la sécurité la plus absolue. Quant à l'anesthésie locale par l'éther et tous les procédés réfrigérants, elle me paraît devoir être absolument proscrite, non seulement parce qu'elle est par elle-même excessivement désagréable et même douloureuse, mais parce qu'elle peut être cause de sphacèle, qu'elle expose à mal faire l'hémostase, et enfin qu'elle compromet sérieusement la réunion par première intention.

Antisepsie. — Une seconde question doit encore nous arrêter. Comment l'antisepsie doit-elle être réalisée ?

Il va sans dire que les instruments et tous les objets qui servent à l'opération doivent avoir subi les stérilisations qui sont aujourd'hui de règle pour toutes les opérations. Il est aussi indiqué de préparer le champ opératoire par des lavages savonneux et antiseptiques. Et ce n'est pas chose facile quand le prépuce est trop étroit pour permettre de découvrir le gland. C'est là cependant une disposition fréquente qui, précisément, constitue l'une des principales indications de l'intervention. On est obligé alors de recourir à des injections sous-préputiales qu'il

(1) *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, de Lucas Championnière.

est bon de compléter, quand c'est possible, par un balayage réitéré du sac préputial avec des boulettes de coton montées sur pinces.

La modification spéciale de l'antisepsie que me paraît réclamer la circoncision, porte exclusivement sur les solutions qu'il convient d'employer pour aseptiser la région opératoire et pour laver la plaie. D'après ce que j'ai vu, les solutions phéniquées, même faibles, doivent être proscrites, à plus forte raison la solution à 1 p. 50 que Thiéry préconise. Une seule fois, dans un cas où je tenais, particulièrement, à obtenir un beau résultat, dans une famille de gens très nerveux, j'ai eu la malheureuse idée de toucher légèrement la plaie avec une solution phéniquée à 1 p. 100. Il en résulta pendant plusieurs heures des douleurs extrêmement vives et un gonflement œdémateux qui mit plusieurs jours à s'effacer. Les solutions de sublimé elles-mêmes ne sont pas toujours inoffensives. J'ai souvent employé, sans le moindre inconvénient, la liqueur de Van Swieten pure, même chez les enfants, pour laver le prépuce, la cavité balano-préputiale et toutes les régions voisines. Cependant, il m'est arrivé dernièrement, chez un homme de 73 ans, d'observer à la suite de ce lavage une poussée d'eczéma de la verge, des cuisses et du scrotum qui fut beaucoup plus désagréable que l'opération elle-même, mais qui, fort heureusement, n'empêcha pas la réunion de se faire par première intention. Ce malade était sans doute prédisposé par de précédentes atteintes d'eczéma plus ou moins anciennes. Il n'en est pas moins vrai qu'il aurait beaucoup mieux valu pour lui, que je me fusse borné à lui faire prendre un bain savonneux avant l'opération et à lui prescrire, les jours précédents, de fréquentes injections sous le prépuce à l'eau boriquée ou au nitrate d'argent faible à 1 p. 1000 par exemple, ou encore à la liqueur de Van Swieten coupée de trois ou quatre parties d'eau bouillie. Il n'en faut pas davantage pour assurer une antisepsie suffisante, et c'est quelque chose que de ne pas s'exposer à provoquer des irritations souvent plus pénibles et plus longues que l'opération elle-même. Bref, à mon avis, dans la pratique de la circoncision, l'asepsie convient mieux que l'antisepsie.

Manuel opératoire. — Section de la peau. — J'arrive au manuel opératoire. Comme tout le monde, je saisis dans une pince spéciale l'extrémité du prépuce. La pince que je préfère est une pince à forcipressure dont les mors offrent la forme d'un T. Les branches qui enserrent le prépuce sont assez longues pour le dépasser aux deux extrémités, et restent très rigoureusement parallèles. Avant d'appliquer cette pince, j'attire la peau de la verge vers sa base comme si je voulais découvrir le gland, et c'est dans cette situation que je saisis le bord de l'ouverture préputiale, aux deux extrémités du diamètre vertical, au moyen de deux pinces à griffe et à forcipressure. Un aide exerce une certaine traction sur ces deux pinces pendant que je continue, de la main gauche, d'attirer la peau du fourreau vers la racine de la verge et que je place, de la main droite, la pince à phimosis très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, tout près de l'ouverture préputiale. J'attache une grande importance à conserver ainsi un fourreau cutané aussi long que possible, mais à le couper très obliquement de manière à ce que la circonférence de sa section offre une assez grande étendue pour ne faire courir aucun risque d'atrésie ultérieure. On arrive par cela même à ne pas trop faire empiéter l'incision sur le frein et l'on diminue les chances d'hémorrhagie et d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané. Je ne partage donc pas sur ce point les opinions du Dr Thiéry, qui recommande de couper la peau perpendiculairement à l'axe de la verge, ou même de préférence un peu obliquement en bas et en arrière. Enfin, pour pratiquer la section, au lieu de couper d'emblée toute l'épaisseur du prépuce d'un seul coup de bistouri, j'incise avec la pointe, d'abord à droite, puis à gauche, et la peau seulement, ce qui permet d'obtenir une section plus rectiligne, plus régulière et sans hachures.

Résection de la muqueuse préputiale. — Une fois ce premier temps exécuté, il faut procéder à la résection de la muqueuse préputiale. Ici, contrairement à ce qui a lieu pour la peau, je pense que, pour obtenir un résultat esthétique très satisfaisant, il importe de conserver le moins de muqueuse possible, juste ce qu'il faut pour l'application convenable des serres-fines, c'est-à-dire environ un demi-centimètre. Il est souvent beaucoup plus difficile qu'on ne pense d'effectuer très régulièrement cette section. Généralement, après avoir fendu la muqueuse sur la face dorsale du gland, jusqu'à un demi-centimètre du sillon préputial, on saisit avec une pince à dissection chacune des oreilles ainsi obtenues et on coupe avec des ciseaux à vue de nez, en longeant aussi régulièrement que possible la couronne. Presque toujours, on fait ainsi des zigzags et la section n'est pas absolument régulière. Parfois même, elle laisse beaucoup à désirer et il n'est pas rare qu'on ne s'en aperçoive qu'après la cicatrisation. J'ai obtenu un résultat plus satisfaisant en rabattant avec une légère tension vers la base du pénis chacune des oreilles de muqueuse préputiale et en marquant d'avance la ligne d'incision avec la pointe du bistouri. Ainsi tracée méthodiquement, la section est ensuite complétée très régulièrement avec les ciseaux.

Au point de vue des suites éloignées, il est mauvais de conserver beaucoup de muqueuse, ainsi que le Dr Thiéry avait voulu le faire à une certaine époque, mais il y a bien vite renoncé. Sous le rapport de l'esthétique, le résultat est fort disgracieux et, même au point de vue de l'hygiène, il vaut mieux conserver très peu de muqueuse et beaucoup de peau. On arrive ainsi à obtenir une sorte de petit prépuce recouvrant seulement le base du gland et dont les deux feuillets sont cutanés, par cela même très résistants. Ainsi, le malade ne paraît pas avoir été circoncis, ce qui ne lui est pas toujours indifférent, et son nouveau prépuce, entièrement formé par la peau, offre ultérieurement aussi peu de prise que possible au danger vénérien.

D'après ce qui précède, on voit que la peau et la muqueuse ont dû être sectionnées successivement en deux temps distincts. Par cela même, il faut considérer comme absolument défectueux et abandonner complètement tous les procédés imaginés pour effectuer en un seul temps, d'une façon mécanique, la section et l'affrontement de ces deux membranes, ainsi que les ligatures qui

les réuniront. Il en est ainsi en particulier de la pince spéciale du Dr Fontaine-Algier.

Hémostase. — Après la résection de la muqueuse, il faut s'occuper de l'hémostase et la faire avec le plus grand soin. On n'hésitera jamais à ligaturer le moindre vaisseau apparent. Si l'on emploie du catgut 00, il n'en peut résulter aucun inconvénient. Il est imprudent de trop compter sur les serres-fines pour assurer l'hémostase.

Réunion de la peau et de la muqueuse. — Il ne reste plus dès lors, pour terminer l'opération, qu'à réunir aussi exactement que possible la peau et la muqueuse. Certains chirurgiens, entre autres Félizet (*De la Circoncission. Indications et Manuel opératoire*, 1891. Masson, éditeur), sont partisans résolus de la *suture avec le catgut* 00. D'autres, comme Thiéry, préfèrent les *serres-fines*. Ayant essayé comparativement les deux procédés, je n'hésite pas à donner aux serres-fines une préférence très marquée.

Les sutures, même avec le catgut le plus fin, ne sont entièrement résorbées qu'à partir du dixième ou douzième jour. Pendant ce temps, comme la nécessité d'uriner empêche l'application d'un pansement rigoureusement antiseptique, il est de règle que chaque fil détermine une légère suppuration. C'est peu de chose assurément, mais cela suffit pour que la guérison ne puisse pas être donnée comme absolue. Certes, à l'actif de la suture, je me plais à reconnaître qu'il est beaucoup plus facile de l'effectuer très convenablement que de placer les serres-fines aussi parfaitement qu'il est désirable. Mais celles-ci offrent le très grand avantage de pouvoir être enlevées dès le soir de l'opération. Même chez les grandes personnes, je ne les laisse jamais 24 heures en place. Je les enlève toutes au bout de 7 à 8 heures. Une seule fois, j'en ai laissé quelques-unes un jour entier ; elles ont produit autant de points de sphacèle. Je conviens d'ailleurs que ce petit désagrément est en rapport avec la puissance des serres-fines et n'est à redouter que lorsqu'elles exercent une très forte pression.

Ce que l'on peut reprocher aux serres-fines, c'est : 1° qu'elles sont susceptibles de se déplacer après leur application, et par suite de ne pas donner la garantie absolue d'une rigoureuse contention ; 2° qu'il est réellement difficile de les mettre, de telle sorte que la peau et la muqueuse soient aussi exactement affrontées qu'avec la suture.

Pour obvier au premier de ces inconvénients, j'ai fait faire des serres-fines spéciales dont chaque mors est représenté par deux pointes courbes espacées de 3 ou 4 mm., analogues à celles des pinces de Muzeux. Les pointes correspondantes de chaque mors sont destinées à se continuer suivant la même ligne lorsque la serre-fine est mise en place. Ces pointes s'enfoncent dans les téguments, qu'ils maintiennent rapprochés aussi solidement qu'une suture. Chaque serre-fine représente ainsi une *double suture facilement amovible*. Leur application est moins douloureuse que celles des serres-fines ordinaires, parce que la pression ne s'exerce pas sur des surfaces plus ou moins etendues, mais seulement sur des points.

Quant au second inconvénient, c'est-à-dire la difficulté de l'application parfaite des serres-fines, il est très réel et je conviens qu'il faut beaucoup de patience et d'adresse pour ne laisser en aucun point le moindre bâillement se produire. Mais c'est une simple question de temps, et il me paraît indifférent de prolonger l'opération de quelques minutes, si cela doit permettre d'obtenir un affrontement plus exact. Dans un certain nombre de cas récents, je me suis très bien trouvé d'un artifice particulier qui consiste à passer aux quatre points cardinaux de la ligne de suture des *fils suspenseurs* comprenant peau et muqueuse, très près du bord cruenté. En faisant tendre les deux fils voisins par un aide, rien n'est plus facile que d'affronter rigoureusement, dans l'intervalle, la peau et la muqueuse, au moyen d'une pince à griffe tenue de la main gauche, pendant que la main droite met les serres-fines en bonne place. Au contraire, sans le secours de ces fils suspenseurs, il est véritablement difficile, surtout chez les enfants, en raison de l'exiguïté de l'organe et de sa mobilité, de rapprocher très parfaitement bord à bord la peau et la muqueuse, soit en se servant de pinces à dissection, soit même en se servant des doigts. D'une façon générale, du reste, je pense que moins les doigts manipulent la plaie, mieux cela vaut pour la rapidité de la réunion. J'estime donc que le procédé des fils suspenseurs est appelé à rendre de réels services en permettant d'appliquer à la fois mieux et plus vite les serres-fines.

Au niveau du frein, la réunion exige des précautions particulières. Si l'on voulait adapter la peau à la muqueuse dans toute l'étendue du V créé par la section du frein, il pourrait se faire que l'ouverture cutanée fût insuffisante et qu'il en résultât plus tard un tiraillement, une sorte de bride sur la face dorsale. Mieux vaut affronter l'une à l'autre, par une serre-fine, dans une étendue de 5 à 7 mm., les deux lèvres du frein. Le résultat définitif en est plus satisfaisant. Il importe même de commencer l'application des serres-fines par la région du frein qui est la plus difficile.

Pansement. — Enfin, j'arrive au pansement, qui me paraît offrir beaucoup plus d'importance encore que tous les détails qui précèdent pour bien réussir la circoncision. Il entre tellement dans les habitudes chirurgicales d'appliquer un pansement après toute opération que tout le monde se croit obligé d'en mettre un après celle du phimosis : on le fait généralement avec une gaze antiseptique quelconque, sèche ou humide. Malheureusement, ce pansement doit être renouvelé ; il doit même l'être plus souvent qu'après toute opération, puisqu'il est particulièrement exposé à être souillé par l'urine. Or, il adhère plus ou moins à la plaie dont il est difficile de le séparer, même en humectant convenablement. Tout cela est douloureux, met la plaie à vif et retarde par cela même la cicatrisation. J'ai vu des malades éprouver les plus vives souffrances et mettre plusieurs semaines à guérir, même entre les mains des meilleurs chirurgiens. Aussi ai-je, en ce qui me concerne, et depuis une dizaine d'années déjà, renoncé à toute espèce de pansement, au sens propre du mot. Je n'applique ni linges, ni gaze d'aucune sorte. Une fois l'opération terminée et les serres-fines appliquées, je lave à l'eau boriquée et sur la ligne d'incision, je porte délicatement avec une spatule, par

pincées successives, une épaisse couche de salol en poudre. Cela constitue un pansement très réellement antiseptique dont l'adhérence à la plaie n'est pas à redouter. Plus tard, après l'enlèvement des serres-fines, on lave, on enlève ce qui se détache aisément, on laisse le reste, on applique une nouvelle couche de salol et ainsi la cicatrisation s'effectue avec la plus grande rapidité et avec un minimum de douleur. Dès le troisième jour, elle est complète et, comme la grande longueur de peau que l'on a conservée peut former un petit prépuce, il est facile de le rabattre sur le gland et de protéger ainsi la cicatrice. Il en résulte que la plupart des malades peuvent se lever et marcher sans la moindre gêne à partir du troisième ou quatrième jour, quelquefois même dès le surlendemain de l'opération.

Résumé. — Telle est, dans son ensemble, la technique de la circoncision, qui me paraît la plus capable de fournir les résultats immédiats ou éloignés dont le chirurgien peut à bon droit se féliciter, résultats qui sont relatifs d'abord à la prompte réunion de la plaie, ensuite à l'aspect esthétique de l'organe opéré. Je la résume en disant que je crois très utile : 1° de recourir à l'anesthésie chloroformique de préférence aux injections cocaïnées ; 2° de n'employer qu'une antisepsie prudente qu'on réalise par le bain savonneux préalable et l'eau boriquée ou la liqueur de Van Swieten, toujours plus ou moins diluée, à l'exclusion formelle des solutions phéniquées ; 3° de conserver une très grande longueur de peau en la coupant très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, afin d'obtenir une très large ouverture ; 4° de ne garder au contraire qu'une très étroite collerette préputiale ; 5° d'opérer la réunion, non par la suture au catgut qui prolonge les suites opératoires, pendant une douzaine de jours, mais par des serres-fines et notamment par mes serres-fines spéciales à double griffe pointue, véritables sutures métalliques amovibles ; 6° de faciliter par des fils suspenseurs la bonne application des serres-fines, et 7° enfin, de supprimer, comme pansement, toute application directe de linges ou de gaze, et de se borner à recouvrir la ligne de réunion d'une épaisse couche de salol.

DEONTOLOGIE

De la discrétion professionnelle en matière de blennorrhagie (1)

Par le Dr L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

La maladie dont il est question dans ce travail est, en général, peu grave, tout au moins au début, quelquefois même insignifiante ; mais les circonstances au milieu desquelles nous l'envisageons, et les suites qu'elle est susceptible d'entraîner, nous mettent aux prises avec des problèmes très délicats et nous imposent une conduite d'une prudence résolue.

I. Envers nos malades, la franchise est plus souvent de mise que la réserve. Eclairons-les pour préserver autrui de leurs atteintes, en leur montrant la prolongation, souvent invraisemblable et presque toujours ignorée, de la période de contagieuse, sous les apparences les plus bénignes. Il ne faut pas qu'ils puissent jamais arguer de leur ignorance ; tout médecin est répréhensible qui néglige de les édifier sur le mal qu'ils peuvent engendrer et de leur dire, de leur répéter dans quelles conditions, et comment, et pendant combien de temps ils restent dangereux.

Dans quelques cas seulement, nous nous garderons d'aller jusqu'aux limites de la vérité.

Est-ce que, par exemple, nous pouvons révéler à certaines victimes d'anciennes orchites la stérilité fatale ? Non, et pour plus d'une raison. D'abord parce qu'il est rare que nous puissions acquérir, à cet égard, une certitude absolue, puis pour ne pas causer un inutile chagrin, dont nous ne pouvons mesurer ni la profondeur, ni la conséquence ; enfin, pour prévoir et éviter d'avance tout conflit, au cas où cette stérilité serait plus réelle qu'apparente, l'observation nous apprenant que ceux qui sont sans spermatozoïdes ne restent pas toujours sans enfants, devant le monde et la loi bien entendu. L'incurabilité de certains états chroniques ne devra pas nous inspirer moins de réticence. Enfin, puisqu'il s'agit de mariage, posons en principe qu'il n'est peut-être pas un cas où nous nous sentions libres de dire clairement à l'un des deux l'origine du mal communiqué par l'autre conjoint. Cette proposition trouvera son développement dans chaque page de cette étude.

II. Arrivons maintenant au problème le plus ordinairement discuté : quelle doit être notre conduite en face d'une demande de renseignements formulée par un tiers sur la santé d'une personne soumise à nos soins, un jeune homme, cela va sans dire ? Ce n'est pas que nous considérions comme indifférente la santé de la femme, ni que nous méconnaissions la part qu'il faut faire aux vices de conformation, aux retards fonctionnels, au manque d'hygiène, à la corruption par les compagnes, les amies, les domestiques, enfin aux pertes et aux catarrhes qui préparent le terrain pour toutes graines morbides. Néanmoins les risques ne sont vraiment pas égaux de part et d'autre. Aussi bien s'agit-il ici de la tare vénérienne, et, dans le monde dont nous nous occupons, c'est l'homme qui s'y expose, c'est l'homme qu'elle dégrade, c'est sur le compte de l'homme que l'on nous interroge. Voyons donc ce que nous devons répondre.

Une telle question peut sembler oiseuse et résolue davance par le vulgaire bon sens, disons mieux, la simple honnêteté. A quel titre sommes-nous mis au courant des détails les plus précis sur la santé de nos malades : la pratique de chaque cas va nous l'apprendre.

Quelques-uns se cachent, pour venir chez un spécialiste, cherchent, une fois entrés, à se dissimuler dans quelque coin obscur, s'inquiètent même s'ils voient prendre des notes. Ils comparent le médecin qu'il les écoute à un confesseur et en profitent pour lui conter, d'eux-mêmes, des traits intimes ridicules, honteux, quelquefois odieux et criminels. A qui n'arrive-t-il pas d'être écœuré de ces bassesses ! Ils le font parce qu'ils pensent qu'il y va de leur intérêt, et aussi parce qu'ils comptent sur notre silence. C'est donc essentiellement à titre confidentiel

(1) M. Jullien : *Blennorrhagie et mariage.* J.-B. Baillière. Paris, 1898.

que nous sommes éclairés. S'ils pensaient qu'en une circonstance quelconque nous pussions jamais nous souvenir, et les trahir, ils se garderaient bien de nous dévoiler tant de petites ou grandes misères, parmi lesquelles pas mal d'infamies. Ils n'en faut pas plus, je pense, pour constituer le privilège du secret à tout ce qui va se passer entre malade et médecin. C'est une sorte de contrat qui, dans la plupart des cas, n'est même pas tacite, en vertu duquel le moins scrupuleux d'entre nous se sent rivé au silence. Ainsi en ont pensé des générations de médecins depuis que la médecine existe, ainsi le voulait le serment jadis prêté devant le buste d'Hippocrate par le jeune docteur, avant sa consécration définitive. Il me plaît de le rappeler ici. Si le texte est un peu vieillot, les pensées qu'il exprime sont et restent les nôtres :

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque ! »

Pour conclure, nous resterons attachés à ces traditions ; nous penserons avec nos anciens qu'un principe supérieur couvre celui qui, étant venu à nous et nous donnant sa confiance, est devenu le client dans le sens latin, le protégé, celui qui peut compter sur nous ; et il faut qu'il en soit ainsi pour le bien du plus grand nombre, fût-ce au détriment de quelques intérêts particuliers. A qui vient nous questionner nous ferons la réponse classique, réponse qui n'a pas varié depuis des siècles, qui n'aura pas lieu de varier jamais, qu'ont si excellemment formulée jadis Diday et Langlebert, recommandée et propagée encore de nos jours par les plus autorisés des maîtres, M. le professeur Fournier et M. le doyen Brouardel (1). Nous déclarerons dès les premiers mots que notre devoir est de ne pas parler, et nous insisterons sur l'erreur que l'on commettrait en interprétant ce mutisme, sorte de formule officielle et banale, dans un sens favorable ou défavorable. Reconnaissons d'ailleurs que les gens du monde, de sens généralement affiné, sont aujourd'hui trop au courant de notre code professionnel, pour nous mettre à cette épreuve. Tout au moins le cas est-il relativement rare, mais, si le problème est latent, il n'en existe pas moins, il n'en vaut pas moins d'être discuté et résolu en toute franchise suivant notre *consensus* traditionnel.

III. Aussi ne puis-je comprendre l'insurrection de quelques bons esprits contre une loi indiscutable de notre déontologie. Un médecin enlevé très jeune à notre affection, le regretté Juhel-Rénoy (1), a eu l'orgueil de s'élever au-dessus d'une règle aussi assurée, et la témérité de soutenir qu'il était non seulement licite, mais d'obligation pour un médecin, homme d'honneur et de courage, de s'opposer, fût-ce par la délation, aux projets criminels tramés par ses clients en matière de mariage. Et, à l'appui de cette opinion, il cite deux faits dans lesquels, prenant en main la cause de jeunes filles qu'il savait sur le point de tomber dans un piège de ce genre, et comme ses clients, gens sans conscience, refusaient de se rendre aux impérieuses raisons tirées de la morale, il leur déclara qu'il ne se sentait pas lié vis-à-vis d'eux par le secret, et qu'il irait de lui-même, ou ferait prévenir les parents. Sous l'empire seul de cette menace, de ce chantage pour le bon motif, l'un de ces mariages fut brisé ; l'autre rupture exigea une intervention plus directe. Juhel-Rénoy manda le père par l'intermédiaire d'un confrère, et à ses questions répondit sans hésiter : « Non monsieur, ne mariez pas votre fille à M. X. — Et ce non, ajoute-t-il, fut sans doute empreint d'assez de force pour que le mariage fût rompu. Epilogue : mon ex-client ne m'a pas poursuivi, car il a craint vraisemblablement un scandale, pour lui plus que pour moi. » Si le résultat fut heureux, je n'hésite pas à dire que le moyen est détestable. Il faut avoir du courage pour en venir à l'employer, et aussi pour l'oser dire. En le publiant, Juhel-Rénoy fit preuve de loyauté plus qu'en le pratiquant. C'est une trahison perpétrée dans les meilleures intentions, mais c'est une trahison, car on a beau dire que les malades furent avertis, ils ne le furent qu'après avoir parlé, alors qu'ils n'étaient plus maîtres de leur secret, et sans doute ne l'auraient pas dévoilé s'ils avaient pu deviner quel usage en serait fait. Le strict devoir eût voulu qu'avant de recevoir la confidence, notre confrère prévînt les intéressés qu'il la publierait s'il le jugeait bon. Et si quelque médecin était assez téméraire pour s'autoriser d'un tel exemple, je voudrais qu'il le proclamât très haut, qu'il l'affichât sur les murs de son cabinet de consultation. C'est alors en parfaite connaissance de cause que l'on irait à lui, mais je présume que l'on n'irait pas en *foule*.

Sans doute il est plus qu'improbable, et sur ce point, je partage l'avis de Juhel-Rénoy, que la victime d'une telle révélation traîne jamais son dénonciateur devant les tribunaux, précisément parce que son intérêt est de garder secrète sa tare plus ou moins momentanée, mais une telle spéculation est assez basse pour que nous la considérions comme indigne d'un médecin. Et puis, c'est alors la porte laissée ouverte à tous les modes de vengeance personnelle, et je rappellerai que l'histoire a conservé le nom d'un grand chirurgien qui paya de sa vie une indiscrétion de ce genre. Delpech fut assassiné le 22 octobre 1832. L'Italie frémit encore d'un crime commis il y a deux mois dans les mêmes circonstances. Mon ami, le très distingué Docteur Bebi, fut assassiné, d'un coup de révolver, dans son laboratoire de l'hôpital de Faenza, par un misérable qui le soupçonnait d'avoir révélé une opération de néphrectomie subie deux ans auparavant. Je rappellerai aussi, à notre honneur,

(1) Brouardel. *Le Secret médical.*

(1) *Vie professionnelle et devoirs du médecin*, Paris 1892, pages 106 et suivantes.

comment un vieux praticien, le Dr Piogey, qui fut un héros ce jour-là, sut ne demander qu'à son courage la solution du plus douloureux problème et rester fidèle gardien de nos principes vénérés. J'ai trouvé ce récit touchant sous la plume de M. Henri Fouquier (*Echo de Paris*, 22 nov. 1894) :

« Une jeune fille, que le docteur a mise au monde, dans une maison où il est l'ami, belle, charmante, va se marier. Or le médecin connaît le fiancé. Il l'a soigné, il le soigne encore pour un mal affreux, incurable, contagieux, héréditaire. Se marier, pour l'homme atteint, n'estpas seulement une mauvaise action, c'est un crime, un véritable assassinat moral et physique. Le docteur va trouver le jeune homme. Il lui montre l'infamie de sa conduite. Mais il a affaire à un bon *struggleforlifer*, qui répond froidement que la demoiselle lui est fort indifférente, mais que la dot est belle, le sauve de la débâcle et tout ce qu'il peut promettre, c'est de se contenter de la dot. Que faire ? La règle professionnelle est absolue. Même en un cas pareil, un médecin ne peut pas la braver. Le scélérat le savait et le dit au docteur. Soit, lui répond celui-ci. « Mais puisque vous ne voulez pas lâcher vo« tre proie, je vous l'arracherai. Si vous n'avez « pas repris votre parole demain, je vous souf« flette à l'Opéra. » Et le monsieur reprit sa parole, lâche devant le courage d'un honnête homme.

Nous faisons toutes réserves sur le procédé un peu bien romanesque et mal à la portée du médecin, moins expert au fleuret qu'à la lancette, mais quelle noble conduite eut cet homme de bien !

IV. Voilà donc qui est entendu, le silence est nécessaire, nous nous tairons, mais cela ne veut pas dire que nous, médecins, nous considérions le problème d'un autre œil que le commun des pères de famille, et que nous ne soyons pas pénétrés de tristesse en y songeant. Ah ! sans doute, il est fort commode de se dire : « Je me suis tu, j'ai fait mon devoir » ; mais a-t-on fait tout son devoir ! La réponse n'est pas douteuse pour qui a quelque pitié au cœur, et sent le poids des responsabilités intimes. Voilà pourquoi j'estime que nous avons plus à faire, et qu'il n'est pas juste que nous désarmions complètement en face des cyniques et des pervers, sans oublier les simples et les ignorants.

D'abord nous devons les instruire, et leur déclarer nettement quand le mariage leur est permis, quand il leur reste interdit. Pour beaucoup, et, je le dis avec joie, pour le grand nombre, notre veto est suffisante barrière ; l'autorité morale qui s'attache à notre caractère, si nous savons la conquérir, leur en impose et les retient. Et, qu'on le sache bien, cette autorité aura dautant plus de poids, qu'on pourra compter sur notre inviolable discrétion. Nous n'usons pas assez de cette arme parce que bon nombre d'entre nous sont peu renseignés et d'une conviction mal assise sur ces questions primordiales. J'ai toujours pensé que les mariages dangereux tenaient beaucoup plus au laisser-faire des médecins qu'à l'opiniâtreté coupable des jeunes gens destinés à en devenir les premières victimes. Efforçons-nous donc d'obtenir le maximum de bons effets par la netteté de notre attitude, je veux dire une attitude éclairée, équitable et justifiée telle.

Plus haut encore est notre devoir, car il ne s'agit pas seulement de se montrer clairvoyant et énergique dans un cas donné, il faut être bien convaincu que le plus grand obstacle que nous ayons à combattre est l'ignorance, et il faut la combattre, non pas occasionnellement, mais préventivement. C'est une tâche méritante que de répandre les notions nouvelles sur le danger de la blennorragie à l'une quelconque de ses périodes. Menons cette campagne sans relâche, jusqu'à ce que dans toutes les classes de la société chacun en soit bien pénétré. Quand nous aurons atteint ce but, le problème sera bien près d'être résolu, car d'une part les jeunes gens chercheront par tous les moyens la guérison, d'autre part les parents auront l'esprit en éveil du côté d'un danger considéré jadis comme inexistant ou illusoire, en tout cas tout à fait négligeable, et ils n'omettront pas de faire porter leur enquête sur ce point. Ils seront alors nos meilleurs auxiliaires.

V. Mais après avoir suscité cette trop juste curiosité, que pouvons-nous pour la satisfaire ? Quel est le moyen qui, sauvegardant toute délicatesse, apporte le plus de lumière, et met le plus à l'aise père, médecin et prétendant loyal, tout en permettant de confondre les perfides ?

Au beau-père futur on ne peut dénier le droit de questionner un prétendant, et celui-ci doit répondre avec une entière franchise. J'ai toujours la préoccupation d'inspirer cette louable attitude, et mes efforts sont le plus souvent fructueux. A la faveur des propos familiers qui s'échangent journellement entre nous, et parmi les conseils que nous sommes amenés à prodiguer nous serions bien mal avisés ou bien négligents, si nous ne trouvions à bien styler ces inexpérimentés, plus ignorants que mal intentionnés. Plusieurs fois, pour obtenir des délais jugés nécessaires, des jeunes gens ont l'idée de s'en ouvrir franchement au père de leur fiancée, auquel ils savaient, ou supposaient, l'esprit large, bienveillant, avec la dose de générosité suffisante pour devenir leur confident discret. J'ai toujours hautement loué cette manière de faire qui établit en si bonne place les responsabilités de chacun. S'il en doit résulter un désaccord, mieux vaut qu'il se produise à ce moment que plus tard. Que celui qui va disposer de l'avenir de sa fille ait en mains les éléments caractéristiques de l'appréciation : voilà qui est conforme à l'essentielle justice, et cela satisfait en nous le besoin de logique et de clarté que les circonstances soumettent parfois à de si cruelles épreuves. Car, en vérité, il n'est pas de plus heureuse solution de l'éternel problème du secret médical que de le faire trahir par l'intéressé lui-même. A lors beau-père et futur viennent ensemble nous interroger, nous mettant en demeure de ne rien céler, et nous n'avons garde de nous faire prier. Je ne nie pas qu'il n'y ait parfois un peu d'astuce (on dirait aujourd'hui rosserie) dans les encouragements que nous donnons à cette démarche, mais la vérité et le bon droit y trouvent leur compte ; c'en est assez pour que nous lui donnions notre très empressé concours.

On a parfois proposé de provoquer une entrevue entre les médecins des deux familles respec-

tivement dégagés de tout secret. Tels deux notaires s'interrogent et se mettent d'accord sur les apports des deux partis. A un point de vue général l'idée peut se défendre, et ce colloque peut servir dans une certaine mesure les intérêts de la vérité. Mais le médecin de la famille, si tant est que de chaque côté il s'en puisse présenter un, ce qui n'est pas certain, me semble bien le moins fait pour agiter le problème qui nous intéresse. Ce n'est pas lui qui traite les maladies des jeunes gens, on se cache de lui, on l'évite. Son témoignage serait donc la plupart du temps sans aucune valeur. En revanche, il en sait beaucoup trop long sur leur plus lointain passé, bien plus même que les intéressés ne le supposent, et ceux-ci n'ont pas le droit de le dégager de toute réserve, parce qu'ils ne savent eux-mêmes que ce qu'on a jugé bon de leur dire, et ils ne se doutent pas de ce qu'il pourrait révéler sur leur compte s'il les prenait au mot. Heureusement le secret médical est une tunique de Nessus qui colle à notre peau, dont on ne nous débarrasse pas comme on veut. Tout au plus admettrais-je en pareil cas, qu'en nous confiant le mandat de parler pour eux et sur eux, nos clients nous donnassent une sorte de procuration patielle, limitant notre bavardage, à certains points particuliers. Quoi qu'il en soit, il peut se faire qu'un praticien conscient de ses devoirs se trouve fort gêné en la circonstance, et montre peu de goût pour une pareille mission. Celui qui l'accepterait trop aisément, je craindrais qu'il n'en comprît pas toute la gravité, ou qu'il se déterminât à soutenir quand même la cause de son client. Nous verrions alors la consultation aboutir à des compromis inacceptables, à une réciproque duperie, pour continuer la comparaison, rappeler le conseil des hommes d'affaires sur la rouerie desquels si souvent s'étayent le mirage des dots et le mensonge des fortunes.

(A suivre.)

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat médical de la Haute-Garonne.

Sections réunies de Toulouse et Villefranche.

10 octobre.

Présents : MM. les Drs Dore, *Président*, Audiguier, Bach, Crouillebois, Eyhérabide, Escat, Foch, Jouvion, Marcailhou, Palenc, Pelous, Rivière, Rolland, Secheyron.

Excusés : MM. les Drs Coulom, Chabrié, Delaye, Dupin, Fauré, d'*Auriac*, Labéda.

Maître Favarel, conseil judiciaire, assiste à la séance, ainsi que le Dr Dresch, président du Syndicat de l'Ariège.

Allocution du Président, qui constate avec regret le peu d'assiduité des membres du Syndicat aux séances réglementaires :

« Ce n'est pas, dit-il, que le corps médical se désintéresse des travaux du Syndicat, puisqu'à chaque réunion nous devons procéder à des admissions nouvelles, qui viennent grossir notre phalange : jeudi dernier, trois admissions à Saint-Gaudens, aujourd'hui, trois autres à Toulouse et une à Muret, ce qui porte à 138 le nombre total des membres. Cela tient à l'apathie méridionale qui nous porte à accepter d'enthousiasme toute œuvre qui nous paraît bonne, à l'encourager de notre adhésion morale et pécuniaire, avec l'arrière-pensée d'éluder tout ce qui pourrait mettre la moindre entrave à notre liberté ou seulement déranger quelque combinaison. Beaucoup de confrères à qui nous reprochons cette indifférence, nous répondent : tout va bien, vous dirigez admirablement la marche du Syndicat, notre silence est une approbation. — C'est possible, mais non pas un encouragement ; et le Bureau, sans vanité, ne serait pas fâché d'avoir des témoignages un peu plus manifestes d'approbation. C'est une petite satisfaction qu'il serait surtout facile aux contrères toulousains de nous accorder, s'ils voulaient consentir à un petit dérangement d'une heure tous les six mois. »

« Je constate que le projet de Fédération des Médecins du Sud-Ouest a déjà groupé les syndicats de la Haute-Garonne, de l'Ariège, du Tarn, des Hautes-Pyrénées et de Bayonne. »

MM. Crouzillac, Pascal, et Stiéber, à l'unanimité des membres présents, sont déclarés membres du Syndicat.

Ordre des Médecins.

Incidemment la question de l'ordre des médecins est agitée.

M. Rolland n'en est pas partisan, mais le Président invoque le témoignage de Me Favarel, en assimilant le corps médical au groupe des avocats. Le Conseil judiciaire déclare que l'ordre des médecins pourrait être organisé, bien que dans des conditions plus difficiles pratiquement que l'ordre des avocats. Mais son action ne serait pas plus efficace que celle que peut obtenir un Syndicat bien fort et bien compact, qui réunirait la presque totalité du corps professionnel, et qui veillerait avec fermeté et modération à la stricte observance des règlements et usages librement consentis.

Assistance médicale.

Le Président met en discussion la question de l'Assistance médicale et donne lecture du vœu émis par la Chambre syndicale et relatif aux soins à donner aux indigents inscrits d'urgence, moyennant une allocation supplémentaire d'honoraires.

Me Favarel, consulté sur la validité juridique de notre réclamation et sur l'obligation résultant de notre contrat à forfait, vis-à-vis de l'administration, dit qu'en fait nous sommes tenus de soigner tous les indigents, même ceux qui d'après la loi peuvent être inscrits d'urgence, de sorte que notre vœu n'a qu'une portée platonique.

Mais, comme la loi n'a pas défini les conditions nécessaires pour être considéré comme indigent, il en résulte la possibilité d'abus, qui, s'ils étaient pas trop notoires, pourraient engager la responsabilité des administrateurs. Il y aurait donc un moyen de faire cesser ces abus, ce serait d'obtenir de l'administration préfectorale, sous forme de circulaire ou de rappel au règlement, une invitation à tous les maires d'avoir à établir les listes de la façon la plus complète, dès le début de l'année, les inscriptions d'urgence ne devant être qu'un fait très exceptionnel, et les prévenant qu'un abus très manifeste pourrait engager leur responsabilité personnelle. Il croit qu'un avertissement bien senti pourrait porter des fruits, plus que toutes autres protestations.

Cette opinion est favorablement accueillie par l'Assemblée qui délègue le Bureau pour faire,

dans ce sens, les démarches nécessaires auprès de l'administration ; la délégation rendra compte de sa mission à la prochaine réunion de la Chambre Syndicale qui, par la voie du Bulletin, en donnera connaissance à tout le Syndicat.

Le secrétaire,
Dr CROUILLEBOIS.

Section de Muret. — 11 novembre 1897.

Présents : MM. Labernesse, Julia, Martin, Lajous, Larré, de Gisson.

Excusés : MM. Méric, Jourda, Desjardins.

A la majorité des suffrages exprimés sont élus et proclamés tels :

Président, MM. Méric.
Vice-Président, Julia.
Syndic, Lozes, *de Muret.*
Secrétaire, De Gisson.

Délégué de la Chambre syndicale, M. Labernesse.

Sur la présentation de M. Martin, de *Saint-Elix,* M. Périssé, du *Fousseret,* est admis à l'unanimité comme membre du Syndicat.

L'Assemblée est d'avis qu'il n'y a pas lieu de remettre, au moins momentanément, la question de l'assistance à son ordre du jour ; qu'elle invite cependant la Chambre Syndicale à en continuer l'étude et à poursuivre par tous les moyens en son pouvoir, l'amélioration du système actuellement en vigueur.

Le Secrétaire,
L. DE GISSON.

Section de Saint-Gaudens. — 7 octobre 1897.

Présents : les Drs Azéma, *Président,* Fournier, Caubet, Lafage, Camparan, Gailhat, Bize, Lombard, Soubde ; *excusé,* Ricaud.

Les Drs Besins et Grand, de *Montréjeau,* Basc, *de Labarthe-de-Rivière,* dont la candidature avait été prise en considération par les membres du Bureau, sont admis à l'unanimité.

Assistance médicale gratuite.

La discussion est alors ouverte sur la proposition de la Chambre syndicale :

« Les médecins du service de l'Assistance, considérant que leurs intérêts matériels sont directement lésés par les inscriptions, dites d'urgence, qui, en s'échelonnant tout le long de l'année, permettent de comprendre tous les malades sur la liste des indigents, et constatant que la généralité de ces inscriptions sont des faveurs accordées dans un but tout autre que celui que se propose la loi de Juillet 1893, à des personnes qui, pour la plupart, ne remplissent pas les conditions requises, déclarent qu'ils ne veulent pes entraver la libre pratique de la loi, et qu'ils donneront, dans leurs circonscriptions respectives, leurs soins aux indigents qui figureront sur la liste, arrêtée au 1er Janvier de chaque année, mais que pour les additions ou inscriptions d'urgence, ainsi que pour les opérations, ils présenteront un état de frais particulier que solderait le département ou la commune, sur les bases et les tarifs du système à la visite, dont la proposition, fut soumise à la délibération du Conseil général, à la session d'août 1897. »

La réunion, à l'unanimité, accepte le principe des modifications à introduire dans le règlement de l'assistance médicale ; mais elle est d'avis que nous ne devons pas nous user en efforts stériles, et que nous devons nous réserver pour le moment où le Conseil général procédera à l'organisation définitive du service de l'assistance médicale. A titre d'indication, l'Assemblée se prononce en faveur de l'abonnement par tête, l'assisté choisissant son médecin pour une ou mieux pour plusieurs années, les inscrits d'urgence soignés à la visite ; une rémunération spéciale serait réservée pour les opérations et les accouchements.

Bureau.

Le Bureau sortant est réélu à l'unanimité.

Le Secrétaire,
Dr SOUBDA.

REPORTAGE MÉDICAL

L'affaire Méloche. — La cour de Rennes vient de casser le mémorable jugement de Saint Nazaire où les magistrats avaient prétendu apprendre à leur médecin expert, M. le Dr Méloche, comment se pratique une expertise médico-légale en cas de présomption d'accouchement récent, et l'avaient condamné pour n'avoir pas fait ceci et cela.

La magistrature est vraiment dans une série noire, à notre sujet, depuis deux ans; et nous aurions bien le droit de triompher bruyamment à l'issue de chacun de ces conflits. Mais, comme toutes les réparations sont vraiment trop tardives et ne suppriment pas les désagréments de ceux qui ont souffert injustement, nous nous demandons plutôt s'il ne serait pas sage de soumettre à une sanction toutes ces gaffes judiciaires dont nous sommes les victimes. C'est une question à étudier avec sang-froid dans nos réunions professionnelles ; le Conseil du *Sou médical* a inauguré, dans sa dernière séance, un système qui pourrait avoir une grande utilité en cette matière.

Des lamentations il faut passer aux actes.

Le Doctorat de l'Université de Paris. — L'avant-dernier Bulletin du ministère de l'instruction publique nous apprend que l'on vient de créer le titre de *Docteur de l'Université de Paris* pour être accordé, après quelques formalités d'études et d'examens, aux étudiants français ou étrangers, par la Faculte des lettres, la Faculté des sciences, ou l'Ecole supérieure de Pharmacie. La Faculté de médecine ne le délivrera qu'aux étrangers.

Il n'est pas difficile de prévoir quel parti on pourra tirer contre nous, de ce titre nouveau, dans la rédaction des enseignes, têtes de lettres, cartes de visites, etc., pourvu qu'on soit ainsi docteur en quelque chose, et particulièrement en réclame. Nous aurons à revenir sur ce sujet.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4284. — M. le docteur MARTRE, d'Argelès-sur-Mer (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

N° 4285. — M. le docteur JAYS, de Beaulieu (Alpes-Maritimes), membre de l'Association Générale des Médecins de France.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de M. le docteur NIOCEL, de Listrac-de-Médoc (Gironde), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 28 9 JUILLET 1898



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A quoi servira le Sou Médical ?

Nous sommes restés sous l'agréable et réconfortante impression de la séance du *Sou Médical* tenue le 23 juin dernier.

Pourquoi parlerions-nous d'autre chose ? Pourquoi chercher un sujet de causerie, qui serait à coup sûr moins intéressant ?

On nous avait dit : Cette œuvre ne prendra pas, parce que son nom a quelque chose de trop pitoyable, parce que votre programme est tellement vaste que vous ne pourrez pas toucher à tant de choses, parce que les adhérents ne se rendront pas suffisamment compte des services rendus, parce qu'ils ne vous feront pas tant d'appels que vous le croyez, parce que sous certains rapports, le *Sou Médical* fera double emploi avec d'autres sociétés, parce que la cotisation est trop forte ou trop faible, etc., etc...

Nous avons entendu toutes ces choses et bien d'autres encore. Nous y avons répondu longtemps que, parfaitement instruits par la correspondance du *Concours*, nous avions bâti notre œuvre avec la certitude de lui trouver, en peu de temps, des ressources et une clientèle. Nous affirmions que, pour faire la preuve de nos assertions, il nous suffirait de quelques centaines d'adhésions et de six mois de crédit. Nous disions aussi que nous pouvions savoir nous-mêmes toutes les sortes de concours qu'il nous serait donné de fournir aux sociétaires, et que nous ne tenions pas à limiter notre intervention par des statuts, où, fatalement, tout ne serait pas prévu.

On a bien voulu nous croire sur parole, et c'est cette confiance qui se trouve aujourd'hui récompensée.

L'utilité du *Sou Medical* est désormais prouvée par ses actes.

La société, *six mois* après sa naissance, compte environ 300 membres. — Parmi ceux-ci, nous en trouvons 21 qui ont eu recours à elle et en ont obtenu la satisfaction qu'ils recherchaient ; plusieurs, en des circonstances d'une gravité extrême ; presque tous, pour des services d'ordre different.

71 sociétaires ont accepté les fonctions de dizainier, c'est-à-dire *qu'ils ont offert de rivaliser* de zèle pour la propagande.

Nous avons donc et la foi et les actes ; que faudrait-il de plus ?

S'il est encore des confrères qui n'ont pas cette foi, qu'ils lisent le procès-verbal ci-dessous.

C'est de la morale en action, et un plaidoyer sans réplique.

Dr JEANNE.

Le Sou médical

Séance du 23 juin 1898.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne. M. le Dr Bazot, de Joigny, (Yonne), dizainier, président du syndicat de Joigny, assiste à la délibération pour exposer une affaire intéressante.

Adhésions nouvelles.

Le secrétaire-général donne connaissance des adhésions reçues et classées depuis la réunion d'avril. Ce sont celles de

MM.

210. Bertrand (Domène, Isère). 1er Dizainier Bouchain.
211. Hermite (Grenoble). 1er Dizainier Bouchain.

MM.
212. Lande (Bordeaux).
213. Lemelletier (Carentan, Manche).
214. Boissier (interne à l'hôpital de Nîmes).
215. Pochelu (Les Aldudes, Basses-Pyrénées).
216. Lemaire (Compiègne, Oise). 22e Dizainier, Chevallier.
217. Wurtz (Compiègne, Oise). 22e Dizainier, Chevallier.
218. Guyon (Nantes).
219. Cesbron (Marines, S.-et-O.). 7e Dizainier, Hé-liot.
220. Poursin (Herblay, S.-et-O.). 7e Dizainier, Hé-liot.
221. Ferrey (Andrézy, S.-et-O.). 5e Dizainier, Rousseau.
222. Gruet (Maisons-Laffite, S.-et-O.). 5e Dizainier, Rousseau.
223. De Fourmestraux (Versailles, S.-et-O.), 3e Dizainier, Giberton.
224. Leriche (Joigny, Yonne). 17e Dizainier, Bazot.
225. Truchy (Brinon, Yonne). id.
226. Legendre (Bléneau, Yonne). id.
227. Chamozzi (Saint-Julien-de-Sault, Yonne). 17e Dizainier, Bazot.
228. Fort (Cerisiers, Yonne). 17e Dizainier, Bazot.
229. Durand (Maubourguet, Hautes-Pyrénées).
230. Lobstein (Conches, Eure).
231. Chauvenet (Plombières-lès-Dijon, Côte-d'Or). 54e Dizainier, Roland.
232. Chapoutot (Buxières-les-Mines, Allier).
233. Coup (Méru, Oise), 65e Dizainier, Monin.
234. Reumaux (Le Havre).
235. Szypiorski (Mont-Saint-Martin, Meurthe-et-Moselle).
236. Denance (Varennes, Loiret).
237. Lécuyer (Chatou, (S.-et-O.). 5e Dizainier, Rousseau.
238. Rochefort (Chatou, S.-et-O.). 5e Dizainier, Rousseau.
239. Mazeroux (Conflans-Sainte-Honorine, S.-et-O.). 5e Dizainier, Rousseau.
240. Levraud (Saumur, Maine-et-Loire).
241. Carlotti (Auneau, Eure-et-Loir).
242. Richard (Rosporden, Finistère), 45e Dizainier, Herlaud.
243. Bourguet (Sommières, Gard).
244. Lalanne (La Teste, Gironde).
245. Descottes (Bénévent. Creuse).
246. Tassard (Saint-Laurent-du-Jura, Jura), 46e Dizainier, Poirson.
247. Monin (Ivry-le-Temple, Oise).
248. Girard (Grenoble). 1er Dizainier, Bouchain.
249. Perriol (id.). id.
250. Plaussu (Touvet, Isère) id.
251. Eyssautier (Grenoble) id.
252. Bonne (Saint-Nazaire de Royans, Isère), 1er Dizainier, Bouchain.
253. Grall (Grenoble). 1er Dizainier, Bouchain.
254. Compérat (Estissac, Aube).
255. Levassort (Mortagne, Orne). 29e Dizainier, Chamousset.
256. Butruille (Roubaix, Nord). 66e Dizainier, Butruille.
257. Bettremieux (Roubaix, Nord). 66e Dizainier, Butruille.
258. Bernard (Roubaix, Nord). 66e Dizainier, Butruille.
259. De Ganot (Roubaix, Nord). 66e Dizainier, Butruille.
260. Gaudez (Bologne, Haute-Marne).
261. Beauman (Ouroux-Nièvre). 51e Dizainier, Gaudaubert.
262. Martelli (Rugles, Eure). 19e Dizainier. Jouve.
263. Demmler (Saint-Leu-d'Esserent, Oise). 2e Dizainier, Maurat.
264. Massié (76, rue Bonaparte, Paris).
265. Mora (Bazoches-les-Gallerandes, Loiret).
266. Villanova-Pascal (7, rue de la Pépinière, Paris).
267. Toupance (Dixmont, Yonne). 17e Dizainier, Bayot.

MM.
268. Brasse (Bihorel-lès-Rouen, Seine-Inférieure).
269. Laroche (Milly, S.-et-O.).
270. Lucas (Concarneau, Finistère). 28e Dizainier, Colin.
271. Demmler (Saint-Leu-d'Esserent, Oise). 2e Dizainier, Maurat.
272. Gache (Yonne). 17e Dizainier, Bazot.
273. Chenal (Cepoy, Loiret). 33e Dizainier, Lambry.
274. Souesme (Montargis, Loiret) id.
274. Vialette (id.) id.

Ces 275 noms, ajoute le Secrétaire général, ne représentent pas la totalité des adhésions actuelles, car tous les dizainiers n'ont pas encore fait connaître le résultat de leur première propagande.

Le Conseil remercie de leur zèle et félicite de leurs succès MM. Bazot et Bouchain, présidents du Syndicat de Joigny et du syndicat sud-est, qui ont, en si peu de temps, rempli leur carnet, et lui ont signalé, avec tout le soin désirable, d'intéressantes affaires.

Sont ensuite institués dizainiers :

MM.
58. Denance (Varennes, Loiret).
59. Bardy (Belfort, Haut-Rhin).
60. Good (Enghien et La-Motte-Saint-Héray).
61. Marchadier (Lussac-les-Châteaux, Hte-Vienne).
62. Alb. Cornilleau (Le Mans, Sarthe).
63. Bourguet (Sommières, Gard), Trésorier du Syndicat des Basses-Cévennes.
64. Compérat (Estissac, Aube), Président du Syndicat suburbain de Troyes.
65. Monin, Ivry-le-Temple, Oise.
66. Butruille (Roubaix, Nord), vice-président syndicat,
67. Gaudez (Bologne, Haute-Marne).
68. Massié (76, rue Bonaparte).
69. Devoir (Villeuve-sur-Yonne).
70. Brasse (Bihorel-lès-Rouen, S. Inférieure).

Recouvrement des cotisations.

M. le Dr Gassot, trésorier, donne l'état des recouvrements opérés jusqu'à ce jour, et fait décider par le Conseil la publication de l'instruction suivante sur cette matière.

Règlement concernant le versement des cotisations.

Art. 1er. — D'une manière générale, le versement de la cotisation s'opère entre les mains du collecteur dizainier.

Cependant il peut être fait directement au Trésorier, si l'associé le demande ou s'il n'existe pas de collecteur dizainier dans la région.

Art. 2. — Le versement se fait par trimestre (4 fr. 50), ou semestre (9 fr.). Sur le désir exprimé par l'associé, il peut se faire en une seule fois pour l'année (18 fr.).

Le recouvrement postal n'est admis que pour la cotisation de l'année entière et sur demande du sociétaire.

Art. 3. — Le versement doit être fait net de tous frais entre les mains du collecteur dizainier ou du trésorier.

Art. 4. — Les sociétaires, qui versent entre les mains du collecteur dizainier reçoivent de lui des tickets correspondant à leurs versements.

Art. 5. — Le trésorier n'envoie pas quittance des versements qui lui sont faits directement.

Cependant, sur le désir formellement exprimé par le sociétaire qui envoie la cotisation de l'année entière, en y joignant un supplément de 0 fr. 25 (frais de timbre et d'envoi), quittance régulière pourra lui être adressée.

Art. 6. — Les sociétaires, qui réclament le recou-

vrement postal doivent payer les frais de ce recouvrement 0 fr. 65.

La quittance, qui leur sera présentée, sera donc de 18 fr. 65.

Art. 7.— Les collecteurs dizainiers font leurs envois au trésorier suivant les sommes qu'ils ont perçues, en s'efforçant de diminuer dans la mesure du possible les frais d'envoi.

Ils retiennent ces frais sur les sommes qu'ils ont encaissées.

Le secrétaire général expose ensuite rapidement les résultats de l'intervention du Sou médical dans les affaires, qui lui furent soumises, depuis sa création, à l'Assemblé générale du Concours de novembre 1897.

I. Affaires définitivement réglées.

1° *Affaire F. (S.-et-O.). Recouvrement d'honoraires.*

Aux premiers jours de janvier, M. F. nous consulta sur le moyen de faire payer par un patron les soins donnés à son ouvrier.

Mais, ce confrère étant dans l'impossibilité de prouver par témoin. ou par écrit, l'engagement pris par le patron, il fut engagé par nous, après *avis du Conseil judiciaire*, à abandonner toute idée de poursuite, celle-ci étant fatalement vouée à l'insuccès.

2° *Affaire F. (Marseille) publiée au n° 23 du journal et 3° Affaire S. (Ardèche) publiée au n° 22. Recouvrement d'honoraires.*

Dans les deux cas, en se guidant sur les indications fournies par le secrétaire général, nos confrères obtinrent des jugements favorables, basés sur l'arrêt de la Cour de cassation du 4 décembre 1872, qui dit « que la personne qui a pris l'initiative de l'appel du médecin peut être considérée comme s'étant par là, obligée, solidairement avec le malade ou blessé, au payement des honoraires ». C'est là un point fort important, dont il fut fait application à plusieurs membres du Concours, même avant la création du *Sou médical*, notamment à Poissy, en 1897, et à Reims en 1896. Nous avons donc tenu à faire confirmer cette jurisprudence.

4° *Affaire D. (Savoie). — Recouvrement d'honoraires*

M. D. poursuivit, en février, un patron dont il avait soigné, à l'hôpital, l'ouvrier blessé. Comme, ici, la preuve pouvait être faite, le secrétaire envoya les indications nécessaires, et un jugement favorable fut obtenu, qui avait double valeur, en ce sens que: 1° notre confrère avait satisfaction et 2° l'arrêt du tribunal de Murat (honoraires dus par le malade payant, soigné à l'hôpital), se trouvait corroboré. (Voir n° 22 du *Concours* 1898.)

M. le Dr D., en nous demandant notre aide, avait promis son adhésion au *Sou médical*. Nous espérons qu'il ne nous laissera pas longtemps en contradiction avec nos statuts, qui réservent aux seuls adhérents le bénéfice de l'œuvre.

5° *Affaire E. (Meuse). — Responsabilité d'une municipalité au sujet des engagements pris par celle qui l'a précédée.*

Pendant la préparation de notre Société nouvelle, M. E. nous demanda si sa municipalité était tenue de lui payer des bons délivrés par l'ancien Maire, pour soins aux indigents. Sur notre réponse affirmative et nos conseils, M. E. entama poursuite. Le Conseil de préfecture n'autorisa pas la municipalité nouvelle à mettre en cause l'ancien Maire, et le Tribunal la condamna à payer à notre confrère et la note et les frais du procès. Il y avait d'ailleurs des précédents, qui furent rappelés par le tribunal : c'est donc un point de jurisprudence désormais acquis. Les médecins qui assurent, par des bons de ce genre, le service des indigents, feront bien de ne pas perdre de vue la sentence rendue dans la Meuse.

6° *Affaire B. (Oise). — Responsabilité médicale dans un cas de diagnostic incomplet.*

Nous avons fait, au n° 19 du journal, le récit très complet de cette grave affaire, qui s'est heureusement terminée, il est vrai, mais n'en a pas moins causé à notre confrère de terribles préoccupations, et un réel préjudice. L'intervention du *Sou médical* se fit ici d'une façon discrète, imposée par les circonstances du moment où elle se produisait. Nous nous contenterons de dire qu'elle fut telle que M. B. la désirait.

C'est encore une leçon qui ne devra pas être perdue pour les Médecins des Compagnies d'assurances accidents, et pour ceux qui acceptent de rédiger des certificats à la demande de ces Sociétés.

7° *Affaire B. (Orne). — Maire et médecin d'hôpital.*

A l'occasion d'une querelle d'allemand, cherchée à notre confrère pendant la dernière lutte électorale, nous nous sommes préoccupés avec M. B. d'obtenir fixation de la jurisprudence administrative sur cette question de cumul, de temps en temps soulevée en des circonstances analogues.

Le Ministère de l'Intérieur a déclaré qu'il n'y avait pas incompatibilité entre les deux fonctions, mais à condition que le Maire s'abstint de présider la commission administrative de l'hôpital, cette présidence revenant alors, non à un adjoint délégué, mais au vice-président élu par la commission elle-même et choisi dans son sein.

8° *Affaire du Syndicat de R. Que tenter contre huit médecins d'une grande ville, qui se livrent à des réclames tapageuses par le journal local ?*

A cette question nous avions répondu :

« Demandez à ce même journal l'insertion
« d'un ordre du jour où vous établirez que tou-
« tes les Sociétés médicales réprouvent ce genre
« de publicité, blâmé du reste dans toutes les
« professions libérales. Le *Sou médical* payera
« les frais d'insertion réclamés, si vous le dési-
« rez. »

Ce conseil semble avoir été goûté, puisqu'aussitôt nous avons vu arriver de cette ville des adhésions à notre Société et particulièrement celles de tout le bureau du Syndicat, accompagnées d'un don.

9° *Affaire M. (S.-et-M.).* — Un jugement favorable a été obtenu qui sera publié au *Concours*, dès que notre Conseil judiciaire en aura reçu le texte.

10° *Affaire M. (Calvados).— Responsabilité médicale pour ordonnance considérée comme incomplète, remplie à sa guise par le pharmacien, et accusée d'avoir provoqué accident mortel.* — Le récit de cette grave prévention sera publié in extenso.

Contentons-nous de dire que le Conseil avait envoyé au confrère la consultation demandée pour sa défense et un jugement favorable à sa thèse, et faisons connaître que, à la suite d'une contre-expertise, un non-lieu avait été rendu, mais que la famille en appelle de cette ordonnance. A quand la fin des tribulations de notre confrère.

II. AFFAIRES EN COURS.

1° *Affaire N. — Recherche d'un poste médical pour un confrère digne de tout intérêt qui a soutenu vainement et jusqu'à la dernière ressource la lutte la plus méritoire dans un poste insuffisant.*

Le Conseil décide qu'un appel chaleureux sera adressé à cet effet aux lecteurs du *Concours* ; qu'en attendant, le service des remplacements sera mis à la disposition de M. X. ; enfin que le *Sou médical* continuera de s'associer au Syndicat et à la Société locale pour les dépenses que peut nécessiter le déplacement du confrère.

2° *Affaire G. (Basses-Pyrénées).— Droit pour le médecin d'hériter de sa femme à laquelle il a donné ses soins.*

Vu l'intérêt général qui s'attache à cette question, et les chances de succès signalées dans l'espèce, le Conseil accorde ce qu'on lui demande, c'est-à-dire le concours actif de M. Gatineau.

3° *Affaire P. (Isère). —Quatrième poursuite en exercice illégal, intentée contre un rebouteur, par un membre du syndicat du sud-est, avec l'appui de celui-ci, et après refus d'initiative par le parquet,* sous prétexte que cela n'intéresse pas l'ordre public !!

Le Conseil décide de donner son concours pécuniaire et moral.

4° *Affaire M. (Isère). — Poursuites contre un pharmacien convaincu d'exercice illégal de la médecine, par un tribunal d'arbitrage régulièrement constitué.*

Le Conseil accorde son concours d'autant plus volontiers, qu'outre le confrère intéressé, les médecins de la région sont en très grand nombre adhérents de l'Œuvre du *Sou*, et que la question, qui est d'intérêt général, a été bien étudiée, bien préparée et doit aboutir probablement au succès.

Affaire S. (S.-et-M.). — Interdiction du pèse-bébés de M. le Dr Sutils.

En présence des demandes, qui sont journellement adressées à notre confrère par les médecins-inspecteurs, le Conseil, estimant qu'en cette affaire, il n'y a pas à se préoccuper des lois relatives à la protection des intérêts commerciaux, et que l'instrument visé est du genre de ceux que nous sommes en droit de faire fabriquer chez les fournisseurs d'instruments de chirurgie et de médecine, décide qu'il appuiera M. Sutils, dans ses revendications, et, dans ce but, fera d'abord de nouvelles démarches auprès des ministres compétents. Il réglera ensuite son attitude sur l'accueil, qui aura été fait à ses représentations.

6° *Affaire H.* (S.-et-O.).— *Le privilège s'applique-t-il aux frais de dernière maladie du conjoint du failli ?*

On pouvait jadis soutenir l'affirmative, avec quelque chance de succès, en s'appuyant sur le langage tenu au Sénat, en 1885, par le rapporteur de la loi sur l'exercice de la médecine et sur deux jugements rendus par les tribunaux de Besançon et de Cherbourg.

Mais la Cour de Cassation, appelée à se prononcer l'année dernière sur un jugement de Tours, qui concluait en sens contraire, a déclaré que le privilège ne s'appliquait qu'à la dernière maladie du failli.

En conséquence, le Conseil, estimant que dans l'espèce qui lui était soumise, les circonstances ne paraissaient pas favorables à un changement d'opinion de la Cour, et que, d'ailleurs, la somme due était très faible, décide, sur l'avis même du médecin lésé, qu'il n'y a pas lieu de compromettre le crédit du *Sou médical* dans une action presque fatalement vouée à l'insuccès.

7° *Affaire M. (Seine-et-Oise). — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés à un failli après déclaration de la faillite.*

Sur avis motivé du Conseil Judiciaire, qui sera transmis à M. M., le Conseil engage ce confrère:

1° à ne pas réclamer de privilège, puisqu'il n'y a pas droit ;

2° à ne poursuivre, ni la femme (même créancière de sa dot, parce qu'elle était séparée de fait de son mari), ni le père et le grand-père, puisque ce n'est pas d'eux qu'émane la demande de soins, mais bien du failli *lui même* ;

4° à défaut de ce moyen, à se présenter comme créancier chirographaire.

8° *Affaire Ch. (Yonne). — Réduction insuffisamment motivée d'une note d'honoraires par le tribunal de Joigny.*

M. le Dr Bazot, président du syndicat de Joigny, avait déjà exposé l'affaire dans le n° 24 du journal de cette année, en réclamant notre avis. Il fait passer sous les yeux du Conseil tous les documents à consulter, et termine en donnant l'avis des avocats et celui du Conseil judiciaire. Ceux-ci sont unanimes à rejeter l'idée d'un pourvoi en cassation, parce que le Tribunal avait toujours le droit de se déclarer suffisamment éclairé, quoique sa sentence ait prouvé le contraire.

Le Conseil décide donc qu'il n'y a pas lieu de suivre en cassation.

Mais, il déclare ne pas pouvoir s'en tenir là et vote à l'unanimité les conclusions suivantes :

1° Les frais de la première procédure restent à la charge de M. le Dr Ch., puisque le *Sou médical* n'a pas été consulté sur la meilleure façon d'engager l'action.

2° Le chiffre des honoraires réclamés n'ayant absolument rien d'exagéré, le Syndicat de Joigny et le Sou médical témoigneront de leur esprit de solidarité avec le confrère lésé, en versant à celui-ci le montant de la réduction qu'il a dû subir (225 fr.), et participeront à cette dépense dans la proportion des ressources de leur caisse (25 fr. pour le syndicat, 200 fr. pour le *Sou médical*).

3° M. le Dr Bazot, dizainier du Sou et président du Syndicat, fera connaître cette détermination aux membres de la magistrature et du barreau de son arrondissement.

En même temps, il leur offrira le concours gratuit, à titre d'expert, du Bureau du syndicat, pour ce genre de litiges, et mettra à leur disposition des exemplaires du tarif d'honoraires régional, ou du tarif Jeanne.

4° Le syndicat est autorisé à faire connaître, par toute voie qu'il jugera bonne, le texte de la présente délibération.

9° *Affaire D. (Yonne). — Reprise d'exercice de la médecine dans une clientèle cédée quelques mois auparavant.*

Par contrat reconnu absolument légal, M. D. avait acquis la clientèle de M. le Dr R... Au bout de quelques mois, celui-ci, arguant de la non valeur de ce genre de contrats, est revenu exercer dans le poste cédé, et le fait est prouvé par documents, et par l'aveu même de M. R.

Le Conseil décide qu'il y a lieu pour M. D. de poursuivre M. R. devant le juge de paix du domicile de celui-ci, aussi souvent qu'il sera nécessaire, et en demandant chaque fois des dommages-intérêts inférieurs à 200 fr.; les frais de procédure seront remboursés par le *Sou médical*.

10° *Affaire S. (B. du Rh.). — Responsabilité d'une Compagnie envers le médecin, en cas d'accident survenu à celui-ci dans le service et du fait d'un agent de cette Compagnie.*

M. le Dr S., médecin exclusivement attaché au service de deux compagnies industrielles pour soigner leurs ouvriers, est un jour victime d'un accident de voiture, celle-ci appartenant aux Compagnies et étant conduite par leur cocher. Immobilisé pendant six mois pour une fracture comminutive de la jambe, il reçoit pendant sa maladie d'un avoué des Compagnies une offre d'indemnité dérisoire à titre de règlement définitif et sans recours, et est remplacé dans ses fonctions.

M. S. demande l'appui du *Sou médical*, dont il est membre fondateur, pour obtenir l'indemnité à laquelle il a le droit de prétendre.

Le Conseil, en principe favorable à l'intervention de la Société, se réserve de préciser la mesure dans laquelle elle sera accordée, le jour où M. S. aura fait parvenir tous les documents qui lui ont été réclamés par M. Gatineau.

11° *Affaire L. — Demande de services particuliers.*

M. L., après avoir exercé la médecine pendant plus de 40 ans, avec succès et dignité, mais ayant à supporter des charges écrasantes du fait de la maladie chronique de sa femme, n'a pu économiser jusqu'à ce jour (il a 76 ans) que la pension viagère de la Caisse du Concours, à laquelle, il eut le courage de s'inscrire dès sa création, et alors que son âge de 65 ans faisait de cette décision un acte aussi hardi que méritoire de haute prévoyance. Il exerce toujours courageusement dans une localité que desservaient jadis trois médecins, et qui en compte six aujourd'hui. Ses recettes ont diminué dans une effrayante proportion. En revanche, ses charges ont plutôt augmenté, car il a sur les bras une fille qu'il n'a pas établie, et sa chère malade vit toujours.

Après s'être entendu avec M. L.., le Conseil décide, sur la proposition du Président, qu'une demande de pension sera transmise (et aussi chaleureusement que discrètement appuyée) à la Société locale dont M. L. est, depuis sa fondation, l'un des vénérés membres ; que, s'il venait à mourir avant sa femme, on solliciterait de même un secours important pour celle-ci ; enfin, que toutes recherches possibles seront faites en vue d'assurer l'avenir de la fille de M. L. que le *Sou médical* ne perdra pas de vue.

Affaires diverses. — Le Secrétaire-général fait connaître que de divers côtés, il lui a été signalé des actes d'exercice illégal, qu'il importerait à tous égards de voir réprimer. Malheureusement, médecins et Syndicats ne paraissent pas faire preuve à ce sujet d'une énergie et d'une initiative suffisantes, et comme le *Sou médical* ne peut se *substituer* à eux, son activité et son bon vouloir se trouvent ainsi paralysés.

Le Conseil estime que la publication du présent procès-verbal réchauffera les tièdes et stimulera les hésitants. Il invite le Secrétaire à déployer toute l'activité possible, d'accord avec les dizainiers, pour la recherche des concours à fournir, aussi bien qu'en vue des adhésions à obtenir dans toutes les régions ; car ce qui a déjà été fait, donne l'idée de ce que l'on pourra désormais réaliser, à mesure que le *Sou médical* développera ses ressources et son rayon d'action.

La séance est levée à cinq heures, sous l'impression commune qu'une grande œuvre de plus est née, et marche à pas rapides vers son but : *l'aide constante, efficace, palpable offerte au praticien, sur tous les terrains où le conduira la vie professionnelle.*

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SOU MÉDICAL.

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose.

La discussion de l'Académie de médecine sur la prophylaxie de la tuberculose est définitivement close et a abouti au vote, à l'unanimité, des conclusions suivantes que tous les médecins tiendront à honneur de répandre, surtout auprès des gens instruits :

I. DESTRUCTION DU BACILLE TUBERCULEUX. — 1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie :

a. Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau.

b. Eviter les poussières, en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide.

c. Faire bouillir le lait, quelle que soit la provenance, avant de le boire.

Elle recommande, en outre, la désinfection du domicile, après la mort et même après un court séjour d'un tuberculeux, et aussi la désinfection des linges, literies, etc....

2° En ce qui concerne la *famille*, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense, dès que la tuberculose est *ouverte* ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé*, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'*armée*, l'Académie demande que la *réforme temporaire* soit appliquée aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et

du service de santé, pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

a. Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria.

b. Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c. Amélioration du sort des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite.

d. Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

II. Maintien et accroissement des forces de l'organisme. — 1° Assurer, par des crédits suffisants, l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes, augmentation du volume d'air dévolu à chaque homme ; aération continue des chambrées, isolement des infirmeries et des réfectoires, etc. ;

2° Fortifier la résistance des hommes par une réparation suffisante, en augmentant le taux de la ration alimentaire ;

3° Profiter, autant que possible, des saisons et des moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les changements de garnison, les manœuvres, marches de nuit, etc.

Enfin l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite *Commission de la prophylaxie de la tuberculose*, qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement de cette maladie.

Le traitement des gastrorrhagies par les lavements d'eau chaude.

Le professeur Tripier, de Lyon, recommande dans les gastrorrhagies, les lavements d'eau chaude à la température de 48° à 50°, donnés trois fois par jour et plus, si le sang a de la tendance à reparaître.

Par ce moyen très simple, il a obtenu trois succès dans trois cas très graves et a pu éviter l'intervention chirurgicale. Il explique l'heureux résultat de cette médication par un réflexe ayant son point de départ sur les nerfs de l'intestin et aboutissant à une action vaso-constrictive sur l'artère ouverte.

M. Tripier insiste sur les points suivants : donner le lavement le malade étant dans la position horizontale ; lui éviter les mouvements ; lui passer le bassin plat quand il ne peut plus garder le lavement ; la diète absolue est de rigueur ; tous les médicaments sont proscrits, sauf l'injection hypodermique de sérum artificiel, si le sujet est trop affaibli.

La soif est en partie calmée par l'eau absorbée par l'intestin ; on peut cependant mouiller fréquemment la bouche du malade avec de l'eau fraîche ; si la soif était malgré cela insupportable, on donnerait quelques cuillerées à café d'eau pure. L'hémorragie étant arrêtée, l'alimentation doit cependant être aussi retardée que possible ; elle se fera au début par des lavements nutritifs. Ce n'est que le troisième jour au plus tôt, après la disparition des accidents, que l'on pourra donner un peu de lait par la bouche, tout en continuant les lavements chauds matin et soir, pendant au moins une semaine.

Au lait succéderont les potages au lait, puis les aliments légers, etc. ; mais, jusqu'au retour à l'état normal, on continuera l'usage journalier d'un lavement chaud.

M. Tripier pense que l'emploi des lavements d'eau chaude ne doit pas se borner aux cas de gastrorragie, mais qu'on devrait les utiliser à titre préventif, à raison de un chaque jour, chez les malades dont la circulation porte est entravée, ou qui sont atteints d'ulcère de l'estomac. Il croit qu'on pourrait aussi les essayer contre les hémoptysies des tuberculeux et dans tous les cas d'hémorragie interne ou externe, quels qu'ils soient.

L'entérite folliculaire.

L'entérite folliculaire, déterminée, selon toutes probabilités, par le seul *bacterium côli commune* est une entérite à rechutes plus ou moins intenses, suivant les cas. Au point de vue clinique, M. Comby en distingue deux formes :

1° L'entérite muco-membraneuse des sujets très jeunes, maladie à paroxysmes très aigus, hyperthermiques, hypertoxiques, répondant à l'entérite folliculaire des Allemands.

2° L'entérite muco-membraneuse des sujets déjà grands, évoluant sans éclat, sans fièvre, plus tenace que la précédente, mais moins dangereuse. Ce type, très commun chez les adultes, surtout dans le sexe féminin, appartient aussi à la seconde enfance et à l'adolescence.

Les symptômes, au moment des crises, sont les suivants : l'enfant qui, depuis quelques jours, était pâle, sans appétit, sans entrain, se plaint d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe ; il se met sur le vase dix, quinze, vingt fois par jour ; la quantité de matières rendues, chaque fois, est insignifiante ; on trouve des glaires, des mucosités, des matières analogues à des crachats, parfois du sang ou même du pus. De temps à autre, l'enfant expulse des lambeaux membraneux, qui résultent de la desquamation de la muqueuse intestinale enflammée. Ces fausses membranes peuvent être larges, aplaties, figurant des lambeaux aponévrotiques ou tendineux ; ou bien, elles sont étirées, allongées, plates ou rondes, ce qui fait penser au ténia ou aux ascarides lombricoïdes. D'autres fois, les membra-

nes sont cylindriques et, pour ainsi dire, moulées sur l'intestin dont elles émanent.

Chez les enfants très jeunes, on constate souvent une diarrhée verte, fétide, putride, précédant ou accompagnant les glaires et les fausses membranes. La constipation, en dehors des crises, est d'ailleurs plus fréquente que la diarrhée. Les efforts incessants que fait l'enfant ne vont pas sans quelques douleurs abdominales, anales, vésicales; le ténesme est signalé dans quelques observations et parfois la rétention d'urine.

L'appétit est perdu, la langue est saburrale, quelquefois sèche et fuligineuse, et l'état typhoïde est très accusé. On a noté des vomissements dans quelques observations.

L'état général est très rapidement atteint, l'enfant pâlit, son facies exprime la souffrance ; il perd rapidement en poids ; ses chairs sont molles et ses forces s'en vont.

La fièvre est vive ; dans les crises aiguës des jeunes enfants, elle atteint et dépasse 39 degrés, 39°5, parfois 40 degrés. Avec l'hyperthermie vient l'agitation, le délire quelquefois, les cris, les gémissements, l'insomnie. On a noté assez souvent des convulsions épileptiformes, des accès d'éclampsie plus ou moins répétés.

La situation peut devenir grave ; l'enfant, épuisé par les faux besoins, affaibli par le manque de nourriture, abattu par la fièvre et l'auto-intoxication, présente le facies cholériforme : ses traits se tirent, ses yeux sont cerclés de noir, ses extrémités se refroidissent, son pouls devient petit et filiforme ; il peut succomber.

Quand on examine le ventre, on le trouve souple plus souvent que tendu et ballonné ; il n'est que peu ou pas douloureux à la pression ; le foie, la rate ont leurs dimensions normales.

La peau présente parfois des poussées urticariennes, ou morbilliformes (comme dans un cas de Galliard). Ces érythèmes, d'ailleurs fugaces, traduisent l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Au bout de quelques jours, l'enfant revient à la santé, la fièvre tombe, les envies d'aller à la selle sont fréquentes, l'appétit renaît, le facies est meilleur. Peu à peu la santé redevient parfaite et l'on croit à une guérison définitive. Mais au bout de 2, 3, 4, 6 mois, nouvelle crise semblable aux précédentes, avec plus ou moins d'intensité.

L'intervalle qui sépare les crises est très variable, et la périodicité n'est nullement régulière. Quelques enfants ne rendent de selles muco-membraneuses qu'une fois ; la crise est unique, elle ne se reproduit plus. En général, il n'en est pas ainsi et les récidives sont très écartées, l'enfant n'a qu'une crise par an ou même moins ; tantôt les récidives se font 2 fois, 3 fois, 4 fois, 6 fois dans la même année.

Diagnostic. — Le diagnostic repose sur l'examen des matières rendues par l'enfant : déjà la notion de ces faux besoins, de ces efforts incessants pour expulser des matières insignifiantes, mettait sur la voie. Il n'est plus permis d'hésiter, quand on a sous les yeux ces glaires, cette mousse, ces stries de sang, ces fausses membranes si caractéristiques.

La seule maladie à laquelle il sera permis de songer, en pareil cas, c'est la *dysenterie*. Comme l'entérite muco-membraneuse, elle s'accompagne d'épreintes, de ténesme ; les patients se mettent dix, vingt, trente fois sur la vase pour rendre quelques gouttes de pus ou de sang, ou expulser avec effort quelque débris membraneux. Mais, dans la dysenterie, le sang tient une large place dans les garde-robes ; les matières ont l'apparence de viande hachée, de raclure de boyau, elles révèlent une ulcération profonde de la muqueuse intestinale, l'état général est très grave, enfin la notion épidémique est là pour enlever les doutes.

Quand les enfants ont beaucoup de fièvre, quand ils sont plongés dans l'adynamie, avec fuliginosités et sécheresse de la bouche et de la langue, on pense à la *fièvre typhoïde* ; mais le caractère des selles fait écarter cette dernière maladie. Enfin s'il survient un érythème *morbilliforme* ou *scarlatiniforme*, on pourrait croire à l'existence d'une fièvre éruptive ; il faudra encore s'attacher à l'examen des garde-robes, qui permet toujours de se prononcer en connaissance de cause.

Traitement. — Avant de parler du traitement, il convient de dire quelques mots de la prophylaxie. C'est pendant la première enfance que l'entérite muco-membraneuse se déclare ou se prépare. C'est au moment du sevrage que les fautes les plus graves sont commises contre l'hygiène des nourrissons. La meilleure prophylaxie de l'entérite folliculaire est l'allaitement prolongé et bien réglé, le sevrage graduel et sans à coups. Il faut surtout se garder de la suralimentation, des aliments solides donnés prématurément et avec excès. Le lait devra être longtemps continué après le sevrage ; il sera la seule boisson permise. Pas de vin, pas de bière, pas de liquides alcooliques. Pas de viande, pas de crudités ; régime végétarien mitigé : lait, crèmes, panades, soupes au lait, purées de légumes secs, poissons frais, cervelles, riz de veau, etc.

Les seuls aliments permis sont le lait stérilisé, l'eau stérilisée, le champagne.

La médication sera des plus simples : lavements boriqués laudanisés, lotions aromatiques et même bains frais ; enfin, prises quotidiennes de 0.20 à 0.50 centigrammes de calomel à la vapeur, par fractions de 0.10 centigrammes.

Le meilleur complément du traitement sera une ou plusieurs saisons dans une station des Vosges.

L'iodothyrine dans les goîtres.

D'après MM. *Baumann* et *Roos*, l'iodothyrine est la substance active de la glande thyroïde, et son action thérapeutique sur les goîtres charnus est plus rapide que celle de l'iode et des extraits thyroïdiens.

Pour expliquer ce phénomène, disent-ils, il faut se rappeler que la séparation de l'iodothyrine des albuminoïdes des thyroïdes se produit incomplètement et lentement, et que, grâce au processus de la fermentation putride dans les intestins, une partie de l'albumine de l'iodothyrine se transforme en produits inactifs.

L'iode métallique, disent-ils encore, facilite seulement la production de la matière active, qui s'élabore dans le corps thyroïde normal, tandis que la thyroïdothérapie introduit cette substance elle-même toute formée et prête à manifester ses effets bienfaisants.

Les observations de traitement de goîtres par l'iodothyrine sont rares. Cependant quatre observations recueillies à la clinique de M. le professeur Poncet et les quelques faits publiés à l'étranger, permettent d'affirmer que :

1° L'iodothyrine a une action curative, souvent rapide, dans les goîtres charnus de volume modéré, d'origine relativement récente et chez des sujets jeunes ;

2° Dans les goîtres charnus, qui remontent par exemple à plusieurs années, l'action de l'iodothyrine peut être inefficace et nulle.

Il en est de même dans les formes unies et polykystiques. En pareil cas, le seul traitement, d'après M. Poncet, est le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'énucléation des kystes. Tout traitement par l'iodothyrine, par les préparations iodurées, est contre-indiqué.

Dans le myxœdème, le crétinisme endémique, le traitement thyroïdien a donné les meilleurs résultats.

Dans l'obésité, presque tous les auteurs qui ont employé le traitement thyroïdien, notent de très bons résultats.

Les basedowiens n'ont ressenti aucune amélioration.

Dans les autres maladies traitées par la médication thyroïdienne les résultats sont trop peu connus pour qu'on puisse se prononcer favorablement

L'ingestion de l'iodothyrine augmente la proportion d'urée éliminée quotidiennement par l'organisme. Si l'on vient à établir le bilan de l'azote excrété, on constate que l'azote urinaire est en quantité supérieure à l'azote alimentaire. Cet excès d'azote, qu'on trouve dans les excreta, ne peut être dû qu'à une destruction des substances azotées du corps ; l'iodothyrine, accélère le processus de désassimilation.

Les symptômes qu'on peut voir s'installer au cours du traitement par l'iodothyrine, ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on retrouve dans l'hyperthyroïdisation. Céphalées, vertiges, anorexie, palpitations, insomnie, tremblement ont été notés ; ils disparaissent quand on suspend l'emploi de l'agent thérapeutique.

On ne peut dire à l'heure actuelle quel est le mode d'action de l'iodothyrine.

En résumé, l'iodothyrine paraît être un agent thérapeutique de premier ordre, dans les goîtres charnus chez les sujets jeunes. Cette substance peut alors rendre les plus grands services, et entraîner la résolution d'hypertrophies thyroïdiennes qui auraient résisté à une médication iodurée méthodique.

CLINIQUE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose.

Leçon du professeur LANDOUZY.

Nous n'avons pu reproduire, faute de place, le rapport du prof. Grancher à l'Académie sur cette question palpitante. Il est la consécration officielle de ce que nous avons écrit l'année dernière, en nos nombreux articles relatifs à la tuberculose : nous nous étions d'ailleurs inspiré pour beaucoup des idées de ce maître et de celles des physiologues modernes.

Mais, il nous paraît utile d'appeler l'attention de nos lecteurs sur l'intéressante leçon ci-dessous, qui est en rapport avec les limites habituelles de notre cadre. Dr P. H.

Il est une vérité que le médecin doit propager, à savoir : « il est plus facile de se garer de la tuberculose, que de s'en guérir » ; mais, à une condition, c'est qu'il soit capable d'enseigner et de montrer pourquoi et comment la tuberculose est maladie *évitable*.

Pour que la tuberculose, au lieu de progresser, fût partout évitée, il faudrait que les choses allassent autrement qu'elles ne vont.

Il faudrait que, partout, chez les particuliers comme dans les collectivités, dans les habitations privées comme dans les lieux publics, on fît délibérément la guerre au contage, aux crachats, comme en chirurgie on fait la guerre aux organismes pyogènes, au pus. Il faudrait que tous les médecins prissent à tâche d'organiser la prophylaxie de la tuberculose, il faudrait que tous les médecins fissent campagne ; il faudrait que, partout, pour tous et par tous, la prophylaxie de la tuberculose fût organisée.

Mais, pour cela, il serait nécessaire que la prophylaxie fût comprise, que sa vulgarisation s'appuyât sur une manière d'exposé des motifs aussi concis et aussi clair que possible, mis en quelques lignes à la portée de tous et reproduit à des millions d'exemplaires. Et comment se fera cette vulgarisation si chaque médecin, dans sa sphère d'activité, ne s'en mêle pas, comment s'organisera cette prophylaxie, si les médecins eux-mêmes, où qu'ils exercent, à la ville, à la campagne, à l'hôpital, ne la pratiquent pas ?

Il y a si loin de la manière dont se devrait codifier la prophylaxie de la tuberculose à ce qui se pratique, aussi bien chez les particuliers que dans les collectivités, que je veux exposer la manière dont j'estime que le médecin devrait servir la prophylaxie de la tuberculose.

Notre rôle, à chacun d'entre nous, est d'autant plus indiqué que l'hygiène publique, jusqu'à présent, ne s'est guère faite agissante en matière de prophylaxie de la tuberculose. Pourtant, les avertissements n'ont pas manqué aux Pouvoirs publics : congrès, ligues contre la tuberculose, statistiques, travaux de clinique — dénonçant cette chose lamentable, que notre dépopulation est faite autant de la multiléthalité des enfants de tuberculeux, que de la faiblesse de notre natalité, — discussions à l'Académie de médecine et ailleurs, initiatives privées, se sont chargées de montrer tout ce qu'on ne faisait pas contre la tuberculose et tout ce qu'il serait urgent de faire.

Le rôle de tout médecin pénétrant dans un foyer auquel s'assied un tuberculeux, est de faire officieusement la police sanitaire dudit foyer.

Dans cette police sanitaire, le tact, la mesure sont de mise plus que partout ailleurs, et, pour être doux, persuasif, éducateur, le rôle du médecin n'en demeurera pas moins tutélaire.

Il faut que tout en travaillant à guérir son client, il ne manque pas à installer immédiatement l'hygiène thérapeutique dans la famille.

Que servirait aux médecins sortis fraîchement des bancs de l'école, d'avoir appris que, dans l'immense majorité des cas, la tuberculose est fonction de contagion acquise, s'ils ne se devaient faire missionnaires de cette vérité.

En matière de tuberculose, l'heure des préoccupations sentimentales, qui hantaient nos pères, est passée : il faut que le public soit renseigné ; il faut, alors qu'on lui parle de contagion de variole, d'ophtalmie, de teignes, de coqueluche, d'angines, de typhus, etc., etc., qu'on lui parle aussi de contagion de tuberculose.

Si le public est insouciant ou imprudent en matière de tuberculose, c'est que son éducation n'a jamais été faite. Or, cette éducation, c'est à nous de la tenter : et, la réussissant, nous ne sortirons pas de notre rôle de médecins, c'est-à-dire de gardiens de la santé.

Il faut dire franchement, haut et fort, que la tuberculose est contagieuse ; mais il faut dire aussi, nettement, comment, quand, pourquoi se fait la contagion. Il faut que l'on dise au public que ce n'est ni la personne du phtisique, ni son haleine, ni son contact, ni ses sueurs, ni l'air de sa chambre, qui sont nocifs. Le danger, en matière de contagion de phtisie, réside dans l'*expectoration*, dans les *crachats*, qui ne sont jamais si dangereux qu'alors que le desséchement en a fait autant de poussières bacillifères. Il faut même que l'on dise au public — les exagérations de tous ordres ne seront évitées qu'à ce prix — que certaine continuité phtisique suivie dans les familles, parfois invoquée bien à tort comme héréditaire, n'est qu'une manière de revivisсence bacillaire évitable.

Le public commence à savoir que, le varioleux mort, n'est pas mort le virus variolique, les croûtes varioleuses tombées du cadavre pouvant faire de la chambre mortuaire un foyer de variole. Eh bien ! ce que le public commence à ne plus ignorer en matière de variole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, de diphtérie, il faut qu'il le sache en matière de tuberculose. Il faut que le public apprenne de nous que, le phtisique parti ou mort, le contage reste et survit, puisque le bacille, tombé en quelque coin ou sur quelqu'objet, n'attend que le moment propice et un terrain favorable pour tuberculiser à nouveau. Il faut encore qu'on fasse savoir au public que la contagion *n'est pas fatale* ; il faut qu'on éclaire le public sur le rôle du terrain en matière de tuberculose, comme en matière de toutes maladies *évitables*.

Pour gagner tous les médecins à la cause de la prophylaxie familiale et sociale de la tuberculose, pour faire que leur intervention thérapeutique se double toujours de prophylaxie militante. il ne faut pas se lasser d'appeler leur attention sur des faits patents qui nous portent à de singulières réflexions.

L'Administration, si bien armée pour dépister les cas de morve et garder les écuries contaminées, sous la haute surveillance de la police sanitaire ; pour empêcher les épizooties aussi bien chez les particuliers (puisqu'elle surveille les vacheries) qu'aux frontières, pour enrayer les épiphyties (à chaque instant un arrêté *déclare* une vigne, une commune, une région phylloxerées) l'Administration n'a jusqu'à présent guère souci d'avertissements, de surveillances, de règlements, d'arrêtés, par lesquels elle puisse limiter les foyers de contagion tuberculeuse. Quand l'Administration a-t-elle suffisamment installé dans les lieux publics et les écoles des crachoirs et s'est-elle préoccupée de faire sur ce chapitre l'éducation du public ?

Quand je dis que nos établissements d'enseignement public ne sont pas, ou sont mal pourvus de crachoirs, je n'exagère rien. J'entends que celles de nos écoles qui sont pourvues de crachoirs, les ont en nombre insuffisant et les disposent fort mal. D'abord elles placent les crachoirs par terre (au lieu de les faire porter sur un pied, ce qui fait que maints passants crachant à la volée, envoient leur crachat soit en dehors du récipient, soit contre le mur (où il se dessèche) ; ensuite, les crachoirs sont placés de telle façon qu'on ne les voit guère ou point. Je pourrais citer telle école d'enseignement supérieur qu'on croirait — par respect pour la beauté des lignes de son architecture, très belle et très pure — avoir voulu dissimuler ses crachoirs *honteux* ; elle les a placés à hauteur des plinthes, en s'ingéniant à les peindre couleur muraille ; et cela si bien, que les crachoirs, qui devraient crever les yeux, sont si peu aperçus que maints allants et venants ignorent encore leur existence.

Je suis persuadé qu'une partie, et la plus importante et la plus pratique de la prophylaxie de la tuberculose, est tout entière dans cette question du crachoir. On travaillera plus facilement, mieux et plus vite à la prophylaxie de la tuberculose, en propageant en tous lieux les crachoirs, qu'en introduisant les équipes de désinfection dans les milieux entachés de tuberculose.

C'est à chacun de nous, médecins praticiens, qu'il appartient vraiment de prêcher la croisade antituberculeuse. Si nous voulons que le public soit tenu à égale distance de l'insouciance dangereuse et de la terreur inconsidérée, il faut que nous l'instruisions ; ce faisant, nous empêcherons plus de tuberculoses de naître, que n'en guériront, avant longtemps peut-être, les médications spécifiques.

C'est en parlant net, en instruisant ; c'est en conseillant, en pratiquant l'asepsie médicale, que nous ferons tous, en matière de contagiosité et de prophylaxie tuberculeuses, le mouvement d'opinion salutaire, sans lequel la tuberculose ira sans cesse grandissant. Est-ce que ce n'est pas le médecin, de complicité avec les Administrations, qui, en France, à défaut d'une loi, parvient à faire de la vaccination et de la revaccination une quasi-obligation ? Est-ce que ce mouvement d'opinion, créé en faveur de la vaccine, il n'est pas grand temps de le créer en faveur de la prophylaxie de la tuberculose ? C'est dans cet ordre d'idées qu'on peut dire, sans paradoxe, qu'un des meilleurs résultats des Congrès réunis pour l'étude de la tuberculose, a été d'éveiller, d'agiter l'opinion publique, d'éclairer la religion des médecins, de leur communiquer la foi agissante, d'apprendre à tous :

Que la tuberculose est maladie évitable, puisqu'elle est transmissible par un contage qui n'est pas hors de nos atteintes ;

Que la prophylaxie de la tuberculose est avant tout question d'hygiène familiale, question d'hygiène nosocomiale, autant et peut-être plus que question d'hygiène sociale.

C'est seulement quand on aura dit et redit cela, de cent façons et en tous lieux, qu'on aura utilement travaillé, par la prophylaxie, pour l'extinction de la tuberculose, et qu'on aura d'autant allégé la tâche si ardue de la thérapeutique antiphtisique.

DÉONTOLOGIE

De la discrétion professionnelle en matière de blennorrhagie

Par le Dr L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

(*Suite et fin.*)

A toutes ces manœuvres compliquées (1) dépassant le but sans l'atteindre, nous chercherons toujours, épris de franchise et de clarté, à substituer quelque moyen simple et droit. Supposons, par exemple, qu'un homme se présente avec une attestation de santé d'un nom connu et indiscuté ; est-ce que ce bout de papier ne suffirait pas à faire cesser tout soupçon ? Il va de soi que nous avons seulement en vue une partie de la santé, la santé spéciale, celle des organes génitaux, vis-à-vis du virus et des maux spéciaux que nous envisageons. Le temps des réticences et des fausses pudeurs est passé, et tout le monde comprendra qu'un père de famille se trouverait soulagé d'une incertitude pleine d'angoisses, si, dès les préliminaires, il lui était donné de lire une prose ainsi conçue : « Je déclare M. X. exempt de lésions du côté des organes génitaux, un examen local attentif ne m'a fait reconnaître aucune trace de maladie, ni tare contagieuse ou transmissible. Signé Fracastor », quelque chose comme le fameux : « *Testiculos habet et bene valentes* », l'exemple nous vient de haut, ou, si l'on préfère, et plus exactement, comme le billet de confession.

Ce billet de santé, qui pourrait être conçu de façon à réserver absolument le passé, et sous telle forme que l'on jugerait bonne, à la condition qu'elle fût claire, un médecin expert dans son art, c'est-à-dire sûr de ses moyens d'investigation, ne pourrait avoir aucune raison pour s'y dérober. En revanche, il le refusera à un sujet soit malade, soit incomplètement guéri, ou bien les termes en seront restrictifs à tel point qu'il équivaudra à un certificat de maladie; c'est tout ce que nous désirons. La révélation sera remise entre les mains de l'intéressé lui-même, pour en faire tel usage qu'il voudra, la tenir secrète ou s'en prévaloir. Et les sacrés mystères resteront inviolés, aucune loi, aucune convenance ne pouvant empêcher un médecin de rendre témoignage, sur leur demande, et suivant sa conscience, de la bonne santé des gens qui se portent bien. Ainsi sera faite la distinction entre l'ivraie et le bon grain. Il y aura des abus, me dira-t-on, je n'en doute pas, car tout concept humain y conduit fatalement ; des victimes, je l'accorde également, quiconque n'a pas l'habitude, suivant l'énergique locution populaire, d' « ouvrir l'œil », étant destiné à être dupé. On verra se fonder des officines à certificats, mais, soyons sans crainte, leur crédit ne fera pas longtemps illusion. Surtout qu'on ne me reproche pas de m'attarder à une vue de l'esprit, et d'exposer un idéal irréalisable, alors qu'en vérité j'écris sous la dictée de l'expérience. Quoi qu'il en soit, je donne le moyen pour ce qu'il vaut, et, sans me faire d'illusion sur les difficultés qui lui seront opposées dans sa généralisation plus ou moins rapide ; je le recommande, tout imparfait qu'il soit, parce que j'y vois une sauvegarde de plus, en des cas vraiment très difficiles et qui mettent en déroute la défiance, quand elle n'est pas très bien armée.

Je concevrais qu'un homme parfaitement correct se mît en règle tout d'abord sur cette question, et allât franchement au-devant des soupçons ou des sous-entendus gênants en communiquant, de lui-même ou par intermédiaire, cette pièce indispensable. Cette formalité omise, qu'il fût invité à s'aller faire examiner par un médecin connu pour sa compétence et l'inflexibilité de son caractère, de préférence, par quelqu'un qui, ne lui ayant pas donné de soins, pût se prononcer en toute indépendance ; je trouverais cette exigence bien naturelle et tout à fait logique. L'idée n'est pas de moi, elle s'est présentée à l'esprit de parents soucieux dans la juste mesure, et aimant à recourir aux pratiques les moins détournées.

J'ai parfois été chargé de cette tâche : « Monsieur, disais-je au candidat, il est bien entendu que je dois compte de mes constatations à qui vous envoie ; ne me faites donc aucune confidence ; l'examen auquel vous voulez bien vous prêter suffit amplement pour m'éclairer. » Qu'on se rassure, et qu'on ne croie pas que la conversation se passât les dents serrées. D'abord ceux dont la conscience n'est pas tranquille ne viennent pas et vont porter ailleurs leurs mauvais desseins ; avec les autres, les honnêtes, qui peuvent être des ignorants ou des déçus, la confiance ne tarde pas à s'établir, et si l'on est forcé de formuler des réserves, on s'arrange à le faire de façon à sauvegarder toutes les susceptibilités. Au demeurant, l'inspection qu'on nous demande est brève, facile et décisive, beaucoup plus que s'il s'agissait de la syphilis, dont les éclipses prêtent à toutes les dissimulations.

Un tel procédé ne peut être choquant que pour les timorés ou les fourbes. Pourquoi donc est-il si peu usité ? Qu'on n'invoque pas des motifs de délicatesse, lorsque l'on voit discuter avec une crudité révoltante la question des intérêts pécuniaires, et les marchandages les plus cyniques se prolonger parfois pendant des semaines !

Plus j'examine cette question, et plus je me convaincs que, si elle est passée sous silence, ce n'est pas par pruderie, mais parce qu'on ne la connaît pas, parce qu'on n'en comprend pas toute l'importance. Nous devons donc tout mettre en œuvre pour faire cesser cette ignorance, et, tant par la plume que par la parole, affirmer la vraie doctrine scientifique. Jeunes gens, méfiez-vous des guérisons qui ne sont qu'apparentes, votre insouciance peut être la source de malheurs sans nombre ! Pères de famille, veillez, c'est votre devoir, éclairez-vous, c'est votre droit, et vous le pouvez par les moyens que nous vous offrons. Oui, c'est en répandant à flots la lumière que nous préviendrons le plus sûrement, le plus intelligemment, méfaits et catastrophes. L'universelle diffusion de nos données spéciales dans la masse du public est la contre-partie nécessaire du secret que nous nous imposons dans chaque cas particulier. Quand les dangers de la blennorrhagie seront devenus notion courante, et que dans l'enquête préliminaire d'un mariage on s'en préoccupera comme de l'état mental des ascendants, de l'épilepsie, de la syphilis ou de toute autre maladie transmissible, les prétendus inconvénients de notre discrétion professionnelle n'existeront plus.

(1) Voir n° 27.

En leur apprenant ce qu'ils ignoraient, nous aurons nous-même armé les profanes contre nos réticences obligatoires. A nous donc de créer, autour de cette question l'agitation bienfaisante d'où surgira l'esprit d'investigation légitime, père de la sécurité de chacun et de la bonne santé publique.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

L'épilogue d'une affaire de certificat.

Nos lecteurs se souviennent de la très intéressante question, qu'avait portée devant les tribunaux notre courageux confrère le Dr Stecevicz (de Manthelan), bientôt soutenu par le Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Le Dr Stecevicz, se basant sur la liste des certificats non soumis au timbre, que publia la *Semaine médicale*, se refusait à payer l'amende pour un certificat délivré sur papier libre dans le but de permettre la célébration du mariage civil au domicile du père de la fiancée.

Notre confrère avait d'autant plus de raisons de croire à la bonté de sa cause qu'avant de refuser le payement à l'enregistrement, il s'était informé près de la *Semaine médicale* de la source où elle avait puisé ces renseignements. Et la réponse avait été : Les listes nous ont été données par le chef du bureau du service du timbre à Paris. M. le Dr Brouardel, consulté, avait bien voulu écrire au Dr Stecevicz que son droit paraissait absolu, tout en l'avertissant qu'il serait vraisemblablement condamné. C'est en effet ce qui vient d'arriver ; notre confrère est condamné à payer l'amende et les frais du procès. L'enregistrement déclare que les renseignements donnés à la *Semaine médicale* n'engageaient que le fonctionnaire qui les avait fournis, et le Tribunal, suivant un usage constant, donne raison à l'administration.

L'avertissement mérite d'être entendu du corps médical ; il est impossible actuellement de savoir s'il y a des certificats non soumis au timbre. D'un jour à l'autre l'administration peut déclarer susceptible d'amende le certificat qu'elle tolérait jusque-là sur papier libre, et gare les poursuites !

Ne donner que des certificats sur papier timbré ou n'en donner pas du tout, telles sont les deux seules solutions que peut choisir le médecin.

Et il faut hautement louer le Dr Stecevicz, et après lui le Syndicat médical d'Indre-et-Loire, d'avoir tenu à faire trancher par les tribunaux une question en suspens sur la tête de nos confrères. Combien, en effet, se fiant aux renseignements d'allure officielle donnés par la *Semaine* se seraient laissés prendre au piège de l'administration. C'est ce qu'a compris le Dr Stecevicz qui, sûr de l'appui de son syndicat, a tenu à mettre en garde ses confrères contre les procédés de l'enregistrement.

Ce procès perdu épargne bien des amendes, car désormais le médecin dûment averti ne certifiera que sur papier timbré, sans chercher à s'y reconnaître dans de fallacieuses catégories.

(*Gazette médicale du Centre.*)

En présence d'une ordonnance qu'il juge inexécutable, le pharmacien n'a pas le droit de se substituer au médecin en improvisant le médicament.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE.

(20 *mai* 1898.)

«Le Tribunal :

Attendu que, le 18 mars 1898, la dame R. porta chez le pharmacien B. une ordonnance médicale pour une potion stimulante que devait prendre sa petite fille Marie-Louise, âgée de quatorze mois ;

Attendu que cette potion devait contenir vingt-quatre gouttes de liqueur ammoniacale anisée ; qu'il n'y en avait plus à la pharmacie et que B. ordonna à son élève de la remplacer par une goutte d'ammoniaque et par de l'essence d'anis et que l'élève n'ayant pas pris un compte-gouttes, laissa tomber dans la potion une quantité supérieure d'ammoniaque ;

Attendu qu'il résulte, du rapport de l'expert, que, d'après l'ordonnance, la dose d'ammoniaque comprise dans la potion devait être d'environ cinq milligrammes de gaz ammoniaque et qu'elle s'est élevée, en réalité, à un gramme d'ammoniaque c'est-à-dire à une dose deux cent fois supérieure à celle qui était prescrite ;

Attendu que l'enfant n'a absorbé qu'une quantité infinitésimale de ce remède ; que si cette erreur, comme cela a été constaté, n'a été pour rien dans l'aggravation de sa santé, il n'en résulte pas moins, d'après le rapport du docteur Ogier, que la potion n'a pas été préparée conformément à l'ordonnance du médecin ;

Attendu que si l'ammoniaque anisé ne figure pas au codex, et en admettant que le pharmacien, comme il le prétend, ait pu exécuter l'ordonnance par un mélange d'ammoniaque et d'anis, il aurait eu au moins le devoir strict de compter les gouttes indiquées sur l'ordonnance ;

Attendu que si l'ordonnance n'était pas exécutable, ainsi qu'il a été soutenu à l'audience, sous le prétexte qu'il y a trois sortes d'ammoniaque anisée, et que le médecin n'avait pas précisé aucune de ces formules connues, il était du devoir du pharmacien de ne pas se substituer à lui pour improviser un médicament.

Attendu qu'aucun des moyens indiqués après coup, n'est admissible et qu'il est établi que les dispositions de la loi n'ont pas été observées, à quelque point de vue qu'on se place ;

Attendu que c'est sur l'ordre formel du patron que l'élève a fait cette préparation et par conséquent que B. est seul responsable de l'infraction commise aux dispositions de l'article 37 de l'arrêt du Parlement de Paris, du 28 juillet 1748, de l'article 32 de la loi du 21 Germinal, an XI, et de l'ordonnance du 8 août 1816 ;

Par ces motifs :

Déclare B. coupable et en réparation, le condamne à cinq cents francs d'amende ; le condamne en outre aux dépens. »

CORRESPONDANCE

Trois médecins d'une localité ont reçu la lettre suivante :

M. (Yonne), le 2 juin 1898.

Monsieur,

Le Conseil municipal ayant décidé de traiter avec un médecin pour l'assistance médicale dans la commune de M., j'ai l'honneur de vous informer que je fais aux trois médecins de V.-S.-Y., la proposition suivante :

« Je traiterai de gré à gré avec celui des trois

médecins qui me fera les conditions les plus avantageuses, encore si elles sont acceptables, pour un maximum de *dix malades*, soins à domicile et médicaments compris. »

Veuillez donc me faire connaître par écrit et sous double enveloppe (celle d'intérieur fermée et portant la suscription « *soumission médecin* », afin que je puisse la présenter fermée au Conseil municipal), la somme que vous demandez annuellement pour ce travail et ces fournitures.

Votre soumission devra être parvenue chez moi ou à la mairie, avant le onze juin, courant mois, terme de rigueur.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Maire de M....

C.

Nota. : Le traité sera fait pour une période de cinq années.

Deux des confrères intéressés, qui font de leur considération professionnelle une question plus élevée que celle de la formule de salutations en usage dans le style épistolaire, ont répondu par une lettre collective de refus. Ils ont fait remarquer à M. le Maire que la soumission cachetée leur paraît devoir être réservée aux entrepreneurs de travaux publics et marchands de denrées coloniales.

A la bonne heure!

REPORTAGE MÉDICAL

Le successeur de Péan à l'Académie de médecine. — Dans sa séance de mardi dernier, l'Académie de médecine a donné, par la quasi-unanimité de ses suffrages, la succession de Péan, à M. le Dr Peyrot, chirurgien de Lariboisière, et agrégé de la Faculté de Paris.

M. le Dr Peyrot est l'un des vice-présidents de la Société Gallet-Lagoguey, et un pratiquant de la solidarité médicale. Tous ceux qui connaissent son savoir, sa modestie, l'aménité de son caractère, et son extrême bonté, s'associeront de tout cœur aux félicitations que nous sommes heureux de lui adresser.

Médecins-Députés. — Nous avons omis, dans la liste des médecins-députés publiée dans le n° 24 du *Concours Médical*, le nom du docteur Dufour, directeur de l'asile des aliénés de Saint-Robert, président du Conseil départemental d'agriculture, président du Comice agricole de Valbonnais. C'est surtout comme agronome que M. Dufour est connu, aimé et populaire dans la 3e circonscription de Grenoble,

Une nouvelle législation médicale en Belgique. — Une commission, instituée depuis plusieurs années, et dont faisaient partie MM. Dejace et Merveille, du *Scalpel* et de la *Gazette médicale de Liége*, vient de terminer la rédaction d'un projet de révision de la législation médicale belge.

Nous étudierons ce projet avec un vif intérêt dès qu'il sera publié. Il envisage, paraît-il, l'organisation de chambres médicales ayant un pouvoir disciplinaire, et tous ceux qui rêvent d'un ordre des médecins tiendront à savoir quelle solution est proposée à ce sujet par nos confrères de Belgique. Mais disons dès maintenant que ceux-ci, pour n'être pas mécontents de la formule proposée, n'en redoutent pas moins les modifications du Parlement. Question brûlante en tous pays.

IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose. — Il aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, le 27 juillet, sous la présidence de M. le Professeur Nocard (d'Alfort). Prière d'adresser tout ce qui concerne les communications et l'organisation à M. le Dr L. H. Petit, secrétaire général, 18, rue du Pré-aux-Clercs, Paris.

Journalistique. — Nous venons de recevoir le numéro-programme de la *Médecine naturelle*, organe officiel de la méthode Kneipp, en France, publié par M. le Dr P. Audollent, et qui doit paraître mensuellement.

Association française pour l'avancement des sciences. — Son prochain Congrès se tiendra à Nantes du 4 au 11 août 1898.

M. le Dr J. Courmont, 17, rue Victor-Hugo, Lyon, président de la section d'hygiène et médecine publique, demande à connaître le plus tôt possible le titre des communications, et appelle l'attention sur la question de la prophylaxie de la tuberculose de l'homme à l'homme.

Suppression des STUDENTS ASSISTANTS, *à Londres.* — La plupart des médecins anglais en possession d'une bonne clientèle avaient à leur service un jeune homme, élève en médecine, sans diplôme encore, qui tenait leur clinique, les assistait dans les consultations, faisait des visites ou des accouchements simples, sous la responsabilité du maître.

Le grand conseil médical de Londres vient de supprimer ces aides et la mesure a été exécutée.

Mais il arrive que ceux-ci s'installent à côté de leur ancien patron, et créent avec succès une concurrence ruineuse aux médecins diplômés, car le public s'est habitué à avoir confiance en eux.

La mesure prise, si elle était motivée par des abus, semble donc avoir eu quelque chose de trop radical.

N'eût-il pas mieux valu procéder par extinction et imposer la nécessité du diplôme à ceux qui demanderaient, à l'avenir, une place de *student assistant*?

Les nouvelles allumettes. — Le problème de la suppression du phosphore blanc et du phosphorisme dans la fabrication des allumettes vient enfin d'être résolu par les ingénieurs de l'Etat. Les usines de Trélazé (Maine-et-Loire) et de Bègles, près de Bordeaux, sont désormais aménagées pour livrer plusieurs millions par jour des allumettes dites S G, à l'*oxysulfure de phosphore*, qui, après une année d'expériences à Aubervilliers, ont été reconnues excellentes et sans danger.

Bibliographie. — Viennent de paraître :

Chez Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, et chez Coulet, 5, Grand'Rue, à Montpellier, la 3e série des *Leçons cliniques* du Pr Grasset, faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, de 1895 à 1898;

Chez Fr. Simon, boulevard de la Liberté, Rennes, *Traité d'hystéroscopie*, par le Pr S. Duplay et le Dr S. Clado, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu.

— *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, par Bourneville. Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4286. — M. le Docteur Lalou, de Cannes (Alpes-Maritimes), membre de l'Association des médecins de Cannes.

N° 4287. — M. le Docteur Tassard, de Saint-Laurent (Jura), présenté par M. le Docteur Poirson, de Morez (Jura).

N° 4288. — M. le Docteur Rosanoff, de Nice (Alpes-Maritimes), présenté par M. le Docteur Seney, de Nice.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Poussié, d'Onzain (Loir-et-Cher), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 29 16 JUILLET 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les Syndicats militants.

Dans le procès-verbal du *Sou médical*, publié au dernier numéro, nous disions que les Syndicats ne témoignaient pas *toujours* d'une activité suffisante dans la lutte quotidienne pour laquelle ils furent créés.

Pourtant deux bons exemples sont à signaler aujourd'hui : c'est d'abord le *Syndicat du Havre*, qui a obtenu des condamnations pour exercice illégal ; nous les reproduisons dans la *Jurisprudence*. Il y a donc des procureurs de la République qui savent faire leur devoir, quand on les y incite avec persévérance. Pourquoi n'est-ce pas la règle générale ?

C'est ensuite le *Syndicat de Grenoble et du Sud-Est*, dont les membres, désespérant de s'entendre avec le Conseil général de l'Isère, sur l'application de la loi d'assistance médicale, ont décidé qu'ils donneraient gratuitement et librement leurs soins aux pauvres, à partir du 1er Janvier 1898, sans mandat administratif, conservant tout le mérite d'une charité qu'on veut leur imposer par voie d'exaction.

Et ils ajoutent :

Pour éviter aux démissionnaires l'appréhension de voir le service pris par un confrère, tous les médecins recevront une formule à signer, par laquelle ils prendront l'engagement d'honneur de ne pas accepter le service d'un démissionnaire. Les noms de ceux qui ne répondraient pas à cet appel seront publiés dans le *Dauphiné médical*.

Il ne nous déplaît pas de rencontrer des confrères qui sachent user de la presse médicale pour accomplir un acte, plutôt que pour lui confier des lamentations stériles. — Un peu de grand jour met à néant les intrigues des habiles (comme on les appelle), et un engagement public, ainsi pris ou refusé, en dit plus que tous les discours, sur l'esprit de solidarité qui anime les médecins d'une région.

Bravo l'Isère ! Et bon succès !

Nos confrères du Morbihan luttent de la même façon depuis deux ans, et sans qu'ils se produise de défection dans leurs rangs. Ils vaincront un jour, soyez-en sûrs, et vous vaincrez comme eux, le drapeau de la dignité professionnelle en main.

Ce que produisent à la longue des manifestations de ce genre au point de vue du prestige, vous l'apprécierez, et vous nous le direz, afin que nous le redisions aux *découragés*.

Vos sacrifices pécuniaires d'un jour ne sont pas perdus. Ils apprendront aux pouvoirs publics que toute loi du genre de celle de 1893, comporte ouverture de crédits à inscrire d'office aux budgets, quand la spontanéité fait défaut.

Et vous aurez rendu au Corps médical un immense service dont vous profiterez avec lui, car par vous, et par nos amis du Morbihan, de l'Aveyron, etc., il prendra conscience de ses droits et du moyen de les faire respecter, *l'entente absolue entre ses membres*.

C'est le but que nous ne cessons de poursuivre, heureux quand nous rencontrons des collaborations actives, comme celle dont vous donnez le bel exemple.

Elles ont pour nous l'attrait d'une récompense.

LA SEMAINE MÉDICALE

La créosote dans la tuberculose.

M. le Dr *Savoire* a lu récemment à l'Académie de médecine, une très intéressante étude sur

l'administration de la créosote dans la tuberculose pulmonaire et viscérale. Nous signalerons surtout ses conclusions, qui peuvent avoir une grande utilité pratique :

« 1° La toxicité de la créosote est très faible et inférieure à 1 gramme par kilogramme d'animal.

2° L'administration de doses de créosote s'élevant de 8 et 10 grammes et même dans un cas particulier à 15 grammes, pendant plusieurs mois, n'a provoqué aucun trouble du côté des voies digestives, circulatoires ou urinaires (sauf la coloration des urines qui, à notre avis, n'a aucune signification pathologique).

3° Elle a produit, au contraire, une augmentation de l'appétit et de la nutrition se traduisant par une augmentation de poids, des modifications profondes de la toux, des sueurs, de la fièvre, de l'expectoration, la disparition des bacilles dans un grand nombre de cas, une amélioration notable et parfois une guérison qui se maintient depuis une période de temps plus ou moins longue.

4° La créosote n'a aucune action sur le bacille de la tuberculose qui continue à se développer et conserve sa virulence dans les milieux ou dans les bouillons de culture contenant des proportions élevées de créosote (jusqu'à 30 p. 100, d'après nos expériences sur les bouillons de culture).

5° La toxicité des extraits de cultures et de matières tuberculeuses, préalablement soumises à l'action de la créosote et privées de microbes, est considérablement atténuée, ce que nous croyons devoir attribuer à une action chimique de la créosote sur les toxines du bacille de la tuberculose.

6° L'action favorable exercée par la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire nous semble due :

a. A une action bactéricide exercée par la créosote sur les espèces microbiennes associées au bacille de Koch (streptocoques, pneumobacilles, etc.) ;

b. A une action stimulante sur la nutrition, d'où résulte une augmentation de la phagocytose à l'égard du bacille de Koch en particulier ;

c. A une action chimique des phénols, constituant la créosote, sur les toxines du bacille de Koch, neutralisant leur pouvoir toxique.

7° L'action chimique exercée par la créosote sera d'autant plus marquée que la quantité de créosote administrée sera plus considérable.

8° Les malades auxquels nous réservons le traitement créosoté, sont des tuberculeux non cachectiques (premier et deuxième degré), et nous leur administrons la créosote :

a. En injections hypodermiques : 10 à 40 centimètres cubes d'une solution huileuse de créosote à 1/15, à base d'huile d'olive et additionnée ou non de balsamiques (myrtol, eucalyptol) ;

b. En inhalations continuelles à la dose de 6 à 10 grammes d'une mixture alcoolique contenant un tiers de créosote ;

c. Par voie stomacale en dilution dans un liquide huileux, le lait, ou en émulsion par doses fractionnées formant un total de 40 gouttes pour débuter et pouvant être portées à 300 gouttes par vingt-quatre heures.

Il faut éviter d'une façon absolue l'administration des capsules, pilules ou cachets créosotés, auxquels on doit attribuer les accidents gastriques qu'on impute généralement à la créosote.

Cette substance doit être prise dans une quantité, assez considérable de liquide pour n'être pas caustique, et de préférence au milieu des repas, pour éviter une irritation mécanique corrosive de la muqueuse digestive. »

Les paralysies de la coqueluche.

La *Revue de Pathologie interne* rend compte d'un intéressant travail du Dr Ch. Leroux sur les paralysies de la coqueluche :

L'auteur a pu réunir 38 observations de paralysies de la coqueluche ; elles s'observent surtout chez les très jeunes enfants d'un à trois ans et de trois à cinq ans ; plus tard, elles deviennent de plus en plus rares. Elles débutent ordinairement pendant la période des quintes, plus

---

FEUILLETON

Phobie médicamenteuse.

Il n'y a pas un de nous qui n'ait eu l'occasion d'entendre soit dans sa clientèle, soit dans son entourage, des phrases horripilantes dans le genre de celle-ci : Et surtout, Docteur, ne me donnez pas de drogues ; je les ai en horreur et elles m'ont toujours fait mal.

Souvenez-vous avec quelle assurance et quelle conviction cette déclaration de principes est émise. Des fillettes, des jeunes gens eux-mêmes, perroquets qui répètent docilement les propos serinés autour d'eux, ne craignent pas de vous faire l'aveu de leur horreur pour les produits pharmaceutiques et de vous dicter d'avance la direction que vous aurez à suivre, avant d'être admis à les traiter.

L'ostracisme dont ils frappent la matière thérapeutique et leur prétention à régenter plus instruit qu'eux, font involontairement songer à un maçon limousin qui voudrait se substituer à Garnier ou à tout autre architecte connu ; à un barbouilleur d'enseignes qui croirait pouvoir en remontrer à Puvis de Chavannes, en fait d'art ; à un écolier enfin qui chercherait à faire la leçon à son maître.

Ce sont surtout les matrones autoritaires, habituées à faire plier mari, enfants et serviteurs, sous le despotisme de leur volonté, qui sont les plus irréductibles dans leurs théories.

Tout est carré, obtus et massif chez elles, leur esprit comme leur... séant, et elles ne sauraient admettre la contradiction.

Même en cas de constipation opiniâtre, si ce n'est pas dans leurs habitudes, les apothicaires les plus recommandables, ceux qui ont le doigté le plus moelleux, pointeraient en vain, avec des sourires engageants, leur artillerie la plus perfectionnée vers leur.... mappemonde, il leur serait impossible de forcer la consigne et de pénétrer dans la place. — Les canules les plus appétissantes, les plus aseptiquement lubréfiées, ne parviendraient pas à violer le huis-clos de leur sphincter dédaigneux !

Elles ont été bien portantes jusque-là et ne se soumettent qu'avec mauvaise grâce aux investigations indispensables. C'est surtout au moment de la ménopause, qu'elles se décident à confier à Hippocrate l'odyssée de leurs accidents ; il est nécessaire qu'elles aient été gravement éprouvées pour se décider, après bien des hésitations, à prendre conseil, et encore se figurent-elles qu'elles en savent plus long que le diplômé destiné à rassurer

rarement au déclin ; elles surviennent au cours de coqueluches graves, à quintes violentes, fébriles, souvent compliquées d'infections secondaires (broncho-pneumonie...) et quelquefois d'infections surajoutées (f. muqueuse, scarlatine, tuberculose). On peut en faire quatre groupes : *Paralysies cérébrales*: début brusque ; pendant une quinte, l'enfant est pris de convulsions, tombe dans le coma, puis il succombe ou reprend connaissance et les paralysies s'observent. Plus rarement, on voit se développer lentement, progressivement une hémiplégie, une monoplégie... Le plus souvent, avec ou sans convulsions ou coma au début, on observe toutes les variétés de l'hémiplégie simple, avec paralysie faciale, avec attaques d'épilepsie... Dans d'autres cas, on voit s'installer lentement, progressivement, une hémiplégie gauche avec déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. L'aphasie sous ses différentes formes a été plusieurs fois rencontrée. Il existe divers cas d'hémiopie transitoire, de cécité ordinairement passagère, et de surdité d'origine cérébrale. On a observé des paralysies d'origine bulbaire et protubérantielle. *Paralysies médullaires* : il existe deux cas de paraplégie des membres inférieurs : l'un développé brusquement dans une quinte et terminé par la guérison (Bernardt) : l'autre compliquant une coqueluche fébrile (Mœbius). *Paralysies périphériques* : deux cas peuvent être attribués à une névrite périphérique : paralysie des releveurs et abducteurs des pieds et des orteils (Surmay) ; paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (Jurasz) ; deux autres à une polynévrite : paralysie ascendante des quatre membres et des muscles de la tête, du diaphragme, suivie de guérison (Mœbius) ; paralysie des membres, des muscles de la nuque, des gouttières vertébrales (Moussous). *Paralysie cérébro-spinale* : un cas de sclérose en plaques disséminées (Spark) ; ces paralysies ont un pronostic sérieux. Sur 38 cas, on compta 6 morts. Chez un tiers des enfants, les paralysies persistent.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Des principaux procédés de dilatation artificielle de l'utérus.

Par le Dr Paul PETIT.

Nous envisagerons successivement la question au point de vue de la gynécologie et de l'obstétrique.

DE LA DILATATION UTÉRINE, EN GYNÉCOLOGIE.

Dans le traitement des affections gynécologiques, la dilatation s'obtient *temporairement* à l'aide de trois méthodes principales : 1° *Dilatation forcée ou divulsion* ; 2° *Dilatation rapide progressive* ; 3° *Dilatation lente progressive*.

Une fois la dilatation acquise, on peut la *maintenir* à l'aide de pansements ou d'appareils divers.

Dilatation forcée ou divulsion.— Cette méthode met en usage des instruments métalliques, de formes variées, mais qui se composent, en somme, pour la plupart, de branches destinées à être introduites fermées, dans le canal utérin, pour s'écarter ensuite, en le dilatant, sous l'action de leviers.

Au point de vue de leur action ces instruments méritent d'être distingués en dilatateurs à *branches divergentes* et dilatateurs à *branches parallèles*. Les premiers, dont le type le plus usuel est le dilatateur de Sims, concentrent leurs efforts sur une zone limitée de la paroi utérine et de ce fait sont beaucoup plus puissants, mais exigent, par contre, des précautions spéciales, dans leur emploi, sous peine, dans certaines conditions, telles que subinvolution, ramollissement cancéreux, etc., de produire un accident redoutable, surtout quand il n'est pas reconnu : la perforation de l'utérus. On en a cité plusieurs exemples. Quand on n'a pas une grande habitude du dilatateur de Sims ou des types analogues, mieux vaut toujours, au lieu d'agir par à coups, à l'aide de simples pressions de la main sur les deux bras du levier, qui servent en même temps de

---

leur famille. Elles prendront largement leur revanche, si l'hémostatique le plus judicieusement appliqué n'arrête pas définitivement leurs pertes. En cas de rechute, ce sera l'ergotinine prescrite, qui en sera la cause, et vous pourrez vous flatter d'en être quitte à bon compte, si on se contente de vous traiter d'ignorant ayant agi sans prudence, sans connaître suffisamment la constitution de la malade, réfractaire à toute médication.

Je vous le dis en vérité, j'aimerais cent fois mieux avoir à soigner cette princesse, dont parle Voltaire, dans un de ses dialogues du *Dictionnaire Philosophique*.

Je vous avertis, dit-elle à son médecin, avec une appréhension qui ne s'explique que trop, *que je ne veux pas souffrir* !

Le médecin lui répondait alors : Madame, adressez-vous à l'auteur de l'Univers, au souverain dispensateur.

Mais aujourd'hui, nous pourrions lui dire : Votre désir sera exaucé, car supprimer la douleur est une de nos meilleures prérogatives et notre principal désir.

L'intolérance de Mme Prudhomme ne l'empêche pas de prôner parfois un rebouteur, un empirique, d'avoir ses petites recettes et de les propager avec une confiance aveugle : « N'écoutez pas les médecins, dit-elle avec fierté à ceux qui l'approchent, ils n'y entendent rien et vous feront payer fort cher. Je vais vous préparer moi-même un petit onguent de ma façon et une potion souveraine, dont vous me direz des nouvelles. Je veux qu'avant 24 heures, vous puissiez aller faire des pieds de nez devant l'officine de Diafoirus. »

Bien entendu, la maladie suit son cours et des complications, qui auraient pu être prévenues par une direction compétente, surviennent même souvent ; mais on n'y prend pas garde et on fait le silence là-dessus. — Par contre, pour peu que la bonne nature ait réagi d'une façon favorable et que l'amélioration soit spontanément survenue, quel triomphe et quelle célébrité !

C'est le sujet de toutes les conversations ; on en parle chez la concierge, chez l'épicier, au marché, à la fontaine ; il est bientôt admis que madame Prudhomme en remontrerait à la Faculté elle-même. C'est par pure modestie qu'elle n'exerce pas ouvertement son art. Elle ne veut pas avoir des ennuis avec les médecins qui sont si chatouilleux, et dont la jalousie va jusqu'à critiquer de pauvres religieuses désintéressées, qui ne demanderaient qu'à soigner les malheureux pour rien.

manche, mettre en jeu la manivelle qui progresse sur un pas de vis. Parmi les dilatateurs à branches parallèles, que je conseille plus volontiers aux débutants, je serais porté à donner la préférence à celui de Pichevin.

La divulsion est très douloureuse et nécessite l'emploi du chloroforme. Elle ne peut permettre, *à elle seule*, que le passage d'un instrument de petit calibre, hystéromètre ou mince curette. Elle me paraît surtout utile pour compléter, au besoin, une dilatation commencée par la laminaire.

Dilatation rapide progressive.— S'obtient à l'aide de bougies rigides, de calibres gradués et numérotés, dont les plus usuelles sont les bougies d'*Hégar* en vulcanite ou en acier nickelé. Celles-ci sont préférables au point de vue asepsie. Ces bougies mesurent de 12 à 14 centim. de longueur et leur calibre croît progressivement d'un millimètre, d'un numéro à l'autre ; la plus fine a deux mm. de diamètre.

Le col de l'utérus étant fixé avec une pince à griffes, on commence par introduire jusqu'au fond de l'organe (dont on aura préalablement étudié la courbe par le palper combiné au toucher et à l'hystérométrie) une bougie de calibre tel qu'elle puisse passer à frottement doux ; on la laisse un instant à demeure, puis on la retire et on la remplace, *aussi vite que possible*, par le numéro suivant, de façon à surprendre le sphincter isthmique, avant qu'il ait eu le temps de se resserrer. Ce sphincter oppose-t-il quelque résistance, bien qu'on ait eu soin, ainsi qu'il est de règle, de ne pas sauter de numéro, on agit pour lui comme pour le sphincter uréthral : on appuie d'une façon soutenue, modérée, sans à coup, et bien dans l'axe du conduit, en attendant que le muscle veuille bien céder.

Je n'ai jamais eu recours à ce procédé sans anesthésie. Il permet assez rapidement le passage d'une curette de moyen calibre et donne une dilatation très régulière et très uniforme. Il me paraît surtout recommandable dans les cas où l'on ne croit pas devoir commencer la dilatation par l'introduction d'une laminaire : ainsi en est-il quand il s'agit de faire un curettage ou de redresser un coude de flexion, chez une vierge ou une névropathe par trop pusillanime.

Dilatation lente progressive.— On a utilisé pour ce mode de dilatation un certain nombre de *substances poreuses et turgescibles* ou *tentes utérines*. Je ne citerai que pour mémoire la racine de gentiane proposée par Winckel, la racine de guimauve, l'écorce d'orme rugueux, l'ivoire décalcifié, le tupelo, la corde à violon, la boulette de coton imprégnée d'éther iodoformé (Vulliet), car on n'emploie plus guère actuellement que la laminaire et l'éponge préparée.

Il importe, avant tout, de les asepsier d'une façon minutieuse. Dans les maisons de santé, on peut utiliser, pour les laminaires, l'appareil de Hochenegg qui stérilise par la vapeur d'alcool sous pression et, pour les éponges, l'autoclave à 60° dont on renouvelle plusieurs fois l'emploi. Mais voici deux procédés de stérilisation, pourtant suffisamment sûrs, qui n'exigent pas d'appareils spéciaux :

Parlons d'abord des laminaires. Il faut commencer par les choisir de taille et de calibre divers, pouvant s'adapter à tous les cas. Nous ne nous servons pas, pour notre part, des laminaires tournées et polies, sauf pour commencer la dilatation de sténoses très serrées. En effet, ces tiges parfaitement lisses, à peine introduites dans l'organe, ont tendance à s'en échapper et, sont-elles suffisamment calées pour y rester, qu'en se dilatant elles se couvrent souvent d'aspérités et ne veulent parfois plus sortir sans écorcher la muqueuse ou même sans exiger un débridement. Ajoutons que ces tiges travaillées sont généralement coupées de longueur uniforme et généralement insuffisante, qu'elles sont d'un prix de revient assez élevé et l'on donnera, comme nous, la préférence à la *laminaire brute* qui présente à l'état sec des cannelures longitudinales favorables à son maintien dans l'utérus, devient en se dilatant parfaitement lisse et cylindrique, ce qui permet de l'enlever ordinairement sans difficulté ; elle est vendue en tiges très longues qu'on peut couper à volonté et, enfin, n'a qu'une valeur marchande très minime.

On préparera, de la façon suivante, les tiges de

C'est, du reste, mus par un sentiment d'inhumanité analogue, que certains syndicats poursuivent sans pitié des philanthropes et d'anciens infirmiers, ayant audacieusement ouvert un cabinet de consultations, sans souci du mal qu'ils vont faire, en privant de leurs soins éclairés les infortunés qui avaient mis en eux leur confiance.

Entre autres drogues suspectes, la morphine n'a cessé d'inspirer une réelle terreur à toute une catégorie de personnes. On peut dire qu'il y a autant de morphinophobes que de morphinomanes. Cette crainte salutaire aurait même ses avantages et mériterait d'être encouragée si, à un moment donné, elle ne privait certains malades d'une ressource précieuse.

Même dans les cas les mieux indiqués, ceux où les calmants et la sainte anesthésie s'imposent, il y a des esprits prévenus qui préfèrent continuer à souffrir, et ne pas avoir à absorber le moindre atome du fatal poison, qui, semblerait-il, doit les intoxiquer pour le reste de leurs jours. — Ne me parlez pas d'opium, de grâce, s'écrient suppliantes diverses maniaques catarrheuses, qui ne cessent de tousser et à qui un peu de codéine ferait le plus grand bien.

Elles épluchent minutieusement les ordonnances, de façon à ce qu'on ne puisse leur en faire ingurgiter subrepticement. Ce qui n'empêche pas que, dans leur intérêt, à moins de contre-indication formelle, il ne faut pas craindre de leur en donner sous une forme déguisée, si elles doivent en retirer un réel profit.

Plus tard, on leur révélera la supercherie ; elles ne voudront pas y croire, mais elles en auront tout de même bénéficié.

Quelques-unes de ces timorées ont pour habitude de laisser supposer qu'elles prennent les remèdes prescrits, alors qu'elles s'en abstiennent et poussent même le mauvais goût jusqu'à léguer après leur mort le contenu de leur coffre-fort à leur médecin ; mais lorsqu'on l'ouvre (je parle du coffre et non du médecin), on n'y trouve que les potions et les pilules prescrites, en vain, depuis plusieurs lustres.

La galerie s'amuse énormément de ces vilains tours ; mais elle rirait moins, si elle savait que la défunte aurait probablement prolongé sa vie en étant plus docile. — De sorte que c'est elle qui s'est prise à son propre piège, tout en se figurant qu'elle attrapait les autres.

Un bon médecin, nous crie-t-on, doit prescrire le moins possible, et faire de la prophalaxie avant tout.

laminaire brute, coupées en fragments de 6 à 10 cm. de long. Après les avoir lavées et brossées, on les plonge dans une solution chaude de sublimé à 1 pour 1000. Au bout de 24 heures, elles ont acquis leur maximum de turgescence. On les lave alors à l'eau bouillie, puis on les fait séjourner au moins 24 heures dans l'eau bouillie et naphtolée, pour les débarrasser du sublimé, sous peine d'ulcérations caractéristiques du col et du vagin et, parfois, de légers accidents de résorption. Il ne reste plus qu'à les faire dessécher *incomplètement*, sur une plaque de verre stérilisée, dans un simple four de cuisine et *quand elles sont encore malléables*, bien qu'à peu près totalement rétractées, on les plonge dans l'éther iodoformé à 5 p. 100 où elles achèvent de se rétracter tout en gardant un peu de souplesse. Elles ne doivent être utilisées qu'après avoir séjourné 15 jours au moins dans ce liquide. Avant de s'en servir on les taille de la longueur indiquée par l'hystérométrie, de telle sorte qu'une fois en place elles dépassent à peine l'orifice externe du col, on les plonge un instant dans une solution antiseptique très chaude et l'on profite du léger ramollissement ainsi obtenu, sans gonflement sensible, pour arrondir leurs extrémités aux ciseaux, les tailler même au besoin dans le sens de la longueur, les couder sur elles-mêmes s'il s'agit de redresser un coude de flexion.

Il faut se méfier beaucoup des *tentes éponges* du commerce, car elles sont parfois composées de plusieurs morceaux, et il peut arriver que l'un d'eux se détachant de la masse principale au moment de l'extraction, demeure dans la cavité utérine d'où, ultérieurement, accidents plus ou moins graves d'infection. J'en connais, pour ma part, plusieurs exemples ; en voici un entr'autres: plusieurs semaines à la suite d'une dilatation à l'éponge, une malade va se représenter au gynécologue, des plus distingués d'ailleurs, auquel elle s'était confiée, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre et de pertes infectes ; elle est malheureusement examinée par un aide sans expérience, qui croit devoir rassurer de son mieux la principale intéressée et renvoie le mari désolé avec le diagnostic de cancer. Celui-ci ne se tient pas encore pour veuf et sortant de chez Montaigu, va consulter Capulet, lequel ramène non sans grâce et sans ostentation, au bout de sa curette exploratrice, le corps du délit ; pour un peu *l'invidia medicorum* aidant, l'affaire se corsait d'une demande de dommages et intérêts. Conclusion d'ordre général : ne pas se refuser à examiner ses opérées. Autre conclusion qui nous ramène à notre sujet : ne se fier qu'aux tentes éponges choisies et préparées de sa propre main ou par un aide de confiance.

Pour les tentes de petit et moyen calibre, les éponges dites *tétines*, convenablement morcelées, peuvent suffire. Ce sont des éponges grossières à larges mailles et à tissu très résistant, formées d'une base d'où émergent de larges branches coniques atteignant 20 cm. de longueur et plus. Pour les grosses tentes, on aura recours aux éponges dites *Indiennes*, dont le prix de revient est également peu élevé. Il faut exiger du commerçant qu'il les livre déjà blanchies par le permanagate de potasse et le bisulfite de soude. Il est bon cependant de les soumettre à nouveau soi-même à cette double opération, après les avoir débarrassées de leur calcaire (solution de permangante à 1 pour 1000 au moins et bisulfite de soude liquide, 250 gr. pour 750 gr. d'eau). « On les soumet ensuite aux mêmes soins que les laminaires : immersion de 24 heures dans la liqueur de Van Swieten, lavage à l'eau bouillie ; immersion de 24 heures dans l'eau naphtolée. Il n'y a plus qu'à les comprimer avec de la ficelle de fouet qui aura été stérilisée en même temps qu'elles. Pour cela on fixe la ficelle à un clou, on la tend fortement et on enroule l'éponge sur elle. Tous les tours de spire doivent être en contact. On obtient ainsi une tige droite, rigide, parfaitement cylindrique, que l'on conserve dans une boîte métallique et asepsiée. Quand on veut s'en servir, on en détache un fragment de la longueur voulue, après avoir déroulé la ficelle ; on taille ce fragment en pointe à son extrémité (1) ; on le plonge dans l'éther iodoformé, et une fois

(1) Voir Traité pratique de Gynécologie, par Paul *Petit et Stéphane Bonnet.*

Nous ne demanderions pas mieux que de pouvoir rester sur le terrain de l'hygiène ; mais lorsque celle-ci a été méconnue, il faut réparer le mal qui a été fait et son rôle devient momentanément insuffisant.

Lorsqu'un cocher a brisé une des roues de sa voiture, en passant par de mauvais chemins qu'il aurait dû éviter, il est forcé de faire réparer son attelage avant de pouvoir reprendre une route meilleure.

Il faut aussi remettre l'attelage humain en bon état, par des pansements ou des médicaments appropriés, dans la bonne voie hygiénique, lorsqu'elle a été sottement abandonnée.

Le plus souvent, c'est la ladrerie, chose honteuse, qui motive tant de répulsion. Il y a encore une autre cause, beaucoup plus excusable, c'est la crainte de dépenser, chez les gens de situation modeste, pour qui le moindre accroc à leur budget, si, difficile à équilibrer, représente une sorte de fissure que l'on craint de ne plus pouvoir reboucher. Il s'agit, en pareil cas, d'épargner leur bourse et de se contenter du strict nécessaire, de même qu'il ne faut pas favoriser la manie des personnes qui pèchent par l'excès opposé et pour qui le moindre bobo sert de prétexte pour abuser de toutes les spécialités.

Quant aux autres, aux pingres et aux prétentieux, faites-vous honorer convenablement, si vous voulez qu'ils vous apprécient réellement et tiennent compte de vos recommandations.

Les malades sont ainsi faits qu'ils ne sont ponctuels et confiants qu'en raison de ce qu'ils ont payé.

Prenez deux cas à peu près identiques ; à l'un, vous remettrez votre ordonnance gratis, à l'autre, vous réclamerez vingt francs. Ce dernier sera seul à prendre vos prescriptions au sérieux ; l'autre y fera à peine attention.

C'est l'histoire des parents, des amis, des connaissances, à qui on ne demande rien ; jamais on ne vous en tient compte, jamais on ne se hâte de profiter de votre bienveillance.

Je me rappelle l'étonnement d'un jeune médecin qui m'annonçait qu'il allait se marier et qu'il espérait bien que sa nouvelle famille l'aiderait à conquérir une clientèle.

Je ne pus m'empêcher de le plaisanter sur sa naïveté, lui assurant que non seulement sa parenté par alliance ne lui vaudrait pas quatre clients rémunérateurs, mais que belle-maman elle-même, qui participait à la lune de miel des fiançailles, en attendant les premiers coups de boutoir, ne le consul-

l'éther évaporé, on l'enduit de vaseline salolée à 1/10 pour favoriser le glissement. La vaseline au sublimé, même à 1 pour 1000, est à rejeter, pour les raisons déjà indiquées.

Qu'il s'agisse de laminaires ou d'éponges, les tentes doivent être introduites jusqu'au fond de l'utérus et non pas jusqu'à l'orifice interne ou un peu au delà, comme on le fait trop souvent. La malade étant en décubitus dorsal, on met le col à découvert, à l'aide d'une valve de Sims et d'un écarteur et on l'abaisse avec une pince érigne. Au lieu d'employer, à l'exemple du plus grand nombre, une pince à mors droits et de la fixer sur la lèvre antérieure, nous employons une pince à mors courbes sur le plat et la fixons sur la commissure droite. L'orifice externe est ainsi mieux dégagé et la manœuvre, par suite, facilitée. Tandis que certaines femmes, en l'absence d'inflammation aiguë, ont le col à peu près insensible, d'autres, au contraire, ne peuvent supporter le moindre pincement sans manifester de vives douleurs ou avoir des tendances syncopales ; assurément ce dernier phénomène s'observe surtout chez des névropathes, mais il se rencontre aussi chez des sujets dont l'équilibre nerveux paraît à peu près normal et nous semble, par suite, tenir beaucoup plus à une susceptibilité locale qu'à l'état général. Quoi qu'il en soit, il est bon, pour ces femmes : 1° D'employer des pinces à mors fins ; on supprime ainsi, en plus grande partie, *la sensation d'écrasement* qui l'emporte certainement de beaucoup, comme douleur, sur la sensation piqûre ; 2° de faire précéder le pincement de l'emploi du coryleur ou mieux de l'instillation intra-parenchymateuse de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 ; je me sers, à cet effet, de l'aiguille fine et courte couramment en usage chez les dentistes. Mais la plupart du temps ces petits soins sont inutiles, et une parole d'encouragement, au moment psychologique, suffit.

Quand le canal utérin n'est pas fléchi, l'introduction d'une laminaire est très simple : il suffit de la saisir de biais près de l'une de ses extrémités et de la pousser doucement jusqu'à la perception du contact du fond de l'organe. Mais quand il y a sténose et flexion prononcée, les difficultés peuvent être assez grandes, même pour une main exercée. Et pourtant le mari sera souvent à vos côtés : c'est déjà beaucoup qu'il vous confie sa femme et il n'admettra pas les tâtonnements, à moins qu'ils n'apparaissent aux yeux du plus prévenu, à la fois méthodiques et raisonnés. La première chose à faire, en cas de flexion, c'est de se bien rendre compte, par l'examen bimanuel et l'hystérométrie, de la direction et du degré de cette flexion et du calibre du canal. Il ne faut cependant pas insister trop sur l'hystérométrie avec la sonde métallique ou la bougie de gomme. Alors que le premier instrument pourra ne pas passer du fait de sa rigidité et le second, par trop de souplesse, la laminaire convenablement choisie, ramollie dans l'eau chaude, coudée et saisie un peu en deçà de son milieu franchira souvent d'emblée l'obstacle. En cas d'insuccès, il faut enlever l'écarteur, qui soulève la paroi vaginale antérieure, retirer partiellement la valve de Sims, tout en déprimant davantage le périnée et accentuer un peu l'abaissement. On peut aussi user d'une sorte de *tour de maître* qui consiste à présenter la courbe de la laminaire en sens inverse de la flexion, jusqu'à l'orifice interne, puis, arrivé en ce point, à la retourner tout en la poussant. Enfin, en dernier ressort, on se contentera d'engager la tige dans l'orifice interne ; on dilatera ainsi cet orifice, et le lendemain on pourra sûrement le franchir.

La laminaire une fois introduite, il faut, pour la maintenir en place, placer des tampons, d'abord dans le cul-de-sac postérieur, le col étant fortement relevé, puis au-dessous et au-dessus de cet organe ramené dans l'axe. Faute d'un tamponnement convenable la tige sortira avant d'avoir accompli son œuvre et, de plus, pourra venir ulcérer la cloison recto-vaginale.

Les sensations déterminées par la première laminaire sont très variables. La plupart des malades n'éprouvent que quelques coliques, le plus souvent éteintes au bout d'une heure ou deux ; d'autres, surtout les nullipares, atteintes de conicité du col et d'antéflexion, auront des coliques violentes accompagnées, *très rarement*, de

---

terait point, ou ne le consulterait que pour la forme, se réservant de s'adresser à tout autre docteur, qui ne le vaudrait peut-être pas, mais qu'elle rémunérerait.

Dans tout ce qui précède, je n'entends pas mettre en doute les susceptibilités personnelles, les idiosyncrasies exceptionnelles ; je n'ai voulu m'élever que contre l'exclusivisme en bloc de certaines péronelles, qui nous narguent tant qu'elles sont bien portantes.

Je les attends à leur première indisposition sérieuse, avec douleurs persistantes, coliques hépatiques ou néphrétiques, arthrite ou simple rage de dents.

Elles seront les premières alors à réclamer les drogues qu'elles ont méprisées jusque là, elle demanderont avec insistance qu'on mette un terme à leurs tortures, devraient-elles en être ensuite incommodées. Ce n'est pas en vain, par exemple, qu'on donne le chloroforme ; beaucoup de ceux qui ont subi son influence anesthésique, en conservent un dégoût profond, ce qui n'empêche pas qu'il leur a rendu un grand service et qu'il faut le bénir, malgré ses inconvénients, dans toutes les grandes opérations. — Ce n'est pas agréable non plus de boire de l'huile de foie de morue, ou de subir le baiser de l'acier, et pourtant que d'enfants ont été sauvés par ce vilain breuvage, de même que quantité d'adultes le sont par l'intervention sanglante du bistouri.

Le sulfage de quinine, qui permet de résister à certains climats meurtriers, l'iodure de potassium qui fait disparaître avec tant de sûreté divers accidents syphilitiques, les préparations de colchique qui mettent fin aux douleurs intolérables de la goutte, tout comme le salicylate de soude supprime les souffrances du rhumatisme aigu, et beaucoup d'autres médicaments d'une efficacité réelle, ont beau provoquer quelques phénomènes nocifs dans l'économie, cette action passagère est compensée au centuple par leurs effets généraux.

C'est de toute évidence et il serait superflu d'insister.

Je conclurai en disant qu'il ne faut pas trop se laisser émouvoir par les propos des braillards ou des imbéciles. Si on les prenait au sérieux, notre vie en serait empoisonnée et nous n'aurions pas assez d'énergie pour l'exécution de la moitié du bien que nous avons à accomplir et qu'il nous est si doux de réaliser !

Dr Grellety de (Vichy).

vomissements et de lipothymies. Il suffit, pour prévenir ces inconvénients ou les atténuer considérablement, d'administrer à la malade, sitôt qu'elle est replacée dans son lit, un lavement laudanisé ou une injection sous-cutanée de morphine. Les applications suivantes sont ordinairement mieux supportées à moins qu'on n'observe pas la progression voulue dans le choix du calibre des tiges.

Une laminaire met ordinairement douze à dix-huit heures à atteindre son maximum de turgescence. Généralement, au bout de ce temps, quand on enlève le tamponnement, elle s'échappe d'elle-même. Les difficultés d'extraction peuvent être rangées sous les 2 chefs suivants : 1° On a choisi une laminaire trop courte qui, une fois introduite à fond, ne dépassait que de peu par son extrémité inférieure, l'orifice interne, de telle sorte, qu'après dilatation, elle se trouve être *enclavée au-dessus de l'orifice externe*. C'est un incident facile à prévenir. 2° L'anneau musculaire de l'orifice interne n'a pas suffisamment cédé de telle sorte que la tige se trouve étranglée à ce niveau, tout en étant dilatée au-dessus et au-dessous. En pareil cas, le plus souvent, la 1re laminaire aura été choisie trop grosse.

Dans l'une et l'autre occurrence, il faut se servir, pour l'extraction, d'une pince tire-balles à mors fins, cannelés et dentés du bout. On commence par l'introduire dans l'orifice externe qu'on dilate par le simple écartement des branches, puis, maintenant ces branches suffisamment écartées, on glisse les mors aussi haut que possible, de bord et d'autre de la tige, en ayant soin de ne pas la mobiliser de bas en haut.

Les mors étant parvenus non loin de l'extrémité supérieure, on les ferme pour saisir le corps étranger et on procède très lentement à l'extraction en s'aidant d'un mouvement de torsion et de contre-pression sur le col. Si l'on ne réussit pas ainsi, si surtout la laminaire tend à se morceler, il vaut mieux n'en pas faire davantage et attendre une journée sous le couvert de l'antisepsie. A un moment donné le col se relâche et au pansement suivant le corps étranger sur lequel on a su ménager une bonne prise se cueille très facilement. Au besoin, on pourrait glisser des laminaires très fines entre la paroi utérine et la laminaire déjà dilatée, passer au-dessus d'elle un crochet mousse, recourir au débridement du col.

Quand on veut obtenir une dilatation prononcée, après avoir introduit deux, trois, quatre laminaires, voire même un faisceau de ces tiges, on passe à l'*éponge préparée*. Son introduction à la suite des laminaires est toujours très facile. On l'extrait par un mouvement de torsion qui prévient son morcellement.

La *dilatation lente progressive* est une excellente méthode, d'un emploi journalier en gynécologie, et qui ne saurait être remplacée par aucune autre. Elle distend très régulièrement la cavité utérine, la draîne, soumet le muscle à une gymnastique toute spéciale qui brise le réflexe nerveux et supprime sa résultante, le spasme ; elle étale la muqueuse et la liquéfie en quelque sorte, transformant les fongosités en une bouillie liquide, qui se détache à la première sollicitation. Elle trouve ses indications principales dans l'exploration digitale, l'hémostase intra-utérine, le traitement de la métrite chronique, le traitement conservateur de l'annexite, le redressement des flexions, le forcement des sténoses, l'extirpation des tumeurs sous-muqueuses.

(*A suivre.*) Dr Paul Petit.

STOMATOLOGIE

De la langue pileuse.

Il est une affection de la langue peu connue, à peine décrite dans les traités de pathologie et que, malgré sa rareté relative, j'ai eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises, en ma qualité de laryngologiste : je veux parler du développement de productions piliformes sur la langue, de la *langue noire pileuse*.

C'est une affection qui, d'après mon expérience, est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on le croit communément. Si elle est peu connue, c'est qu'elle échappe le plus souvent à l'examen, et cela pour deux raisons.

En premier lieu, les malades, peu ou pas incommodés, ne sauraient songer à demander l'avis du médecin au sujet d'un mal dont ils ignorent l'existence. S'ils s'aperçoivent un jour, par hasard, que le dos de leur langue présente un aspect ou une coloration inaccoutumés, ils attribuent cette anomalie à l'action d'un aliment (artichaut, chocolat, bonbon coloré, etc.), à un peu d'embarras gastrique, et n'y songent plus quelques heures après. Seuls les malades dont la langue a pris une teinte franchement noire et qui ont un souci tout particulier de leur santé, se précipitent chez le médecin, fort embarrassé pour donner un nom à l'affection, s'il ne l'a déjà vue.

En second lieu, la lésion ne se traduit pas toujours, comme le nom de langue noire semble l'indiquer, par une coloration franchement noire de l'organe ; la production de villosités à la surface de la langue est un caractère tout aussi pathognomonique de l'affection, que le changement de coloration qui peut varier du jaune sale au noir. Or si l'on se contente de jeter un regard superficiel sur la langue, on ne saurait distinguer ces néoformations villeuses, plus ou moins brunes, d'un vulgaire enduit saburral.

Pour reconnaître la nature des lésions il faut examiner la langue de près et en explorer la surface avec un stylet. On constate alors les lésions suivantes.

Le dos de la langue, en avant du V lingual, est recouvert d'un enduit de teinte plus ou moins foncée, tantôt franchement noire, d'un noir d'ébène, comme si le sujet venait de lécher une tache d'encre, tantôt simplement brune ou jaune sale : saisissant, dans le premier cas, l'aspect frappe beaucoup moins dans le second. Si l'on examine l'enduit de plus près, on voit qu'il n'est pas constitué par une masse informe, mais qu'il présente un aspect tout spécial : c'est celui d'un gazon touffu ou bien encore, selon la comparaison de Maurice Raynaud, d'un champ de blé dont les épis, mouillés et renversés par une pluie d'orage, se réunissent en touffes épaisses, couchées et entre-croisées en divers sens. Si l'on essaie d'enlever cet enduit, en passant un stylet à sa surface, on ne parvient pas à le détacher ; on change seulement le sens des villosités qui le constituent et qui sont d'ordinaire inclinées

d'avant en arrière ; on renverse celles-ci à droite, à gauche, en avant, en arrière, comme on le ferait des poils d'un chapeau de soie.

Cet enduit occupe symétriquement les deux moitiés de la langue ; plus épais sur la ligne médiane et en arrière, il s'amincit vers la pointe et les bords, sans les atteindre. Rarement il est asymétrique et prédomine d'un côté ou bien au voisinage de la pointe. Si l'on enlève une de ces villosités et si on la porte sous le microscope. on constate qu'elle présente la structure d'une papille filiforme, mais d'une papille considérablement allongée, aux dépens de la partie épithéliale.

Les troubles subjectifs sont à peu près nuls : à peine le sujet se plaint-il d'un peu de sécheresse ou d'empâtement de la bouche, d'une légère diminution ou d'une viciation du goût.

L'affection peut être fugace : elle disparaît alors après quelques jours ou quelques semaines de durée, s'en allant sans cause apparente comme elle est venue. Mais, d'ordinaire, elle est beaucoup plus tenace: elle persiste pendant des mois ou des années, sans changer de caractère, ou bien elle offre des alternatives d'amélioration ou d'aggravation ; parfois elle disparaît momentanément pendant quelques jours ou quelques semaines, pour revenir ensuite à plusieurs reprises avec une certaine périodicité.

Elle se développe indifféremment à tout âge et dans tous les états de santé. On l'a observée chez des nourrissons, des adultes, des vieillards. Je l'ai rencontrée dernièrement chez un enfant de quatre ans, porteur de végétations adénoïdes : chez lui, la coloration pathologique n'était pas uniformément répartie sur tout le dos de la langue : les papilles hypertrophiées et franchement noires étaient réunies par petits bouquets disséminés en quinconce sur toute la surface de l'organe ; dans l'intervalle de ces houppes noires, les papilles étaient normales, à peine allongées et n'offraient qu'une teinte jaunâtre.

C'est souvent chez des gens absolument bien portants que l'affection est découverte par hasard : s'il a semblé à certains auteurs qu'elle était plus fréquente chez les personnes atteintes d'affections chroniques du tube digestif, c'est que ces malades sont précisément de ceux dont on a plus souvent l'occasion d'examiner la langue.

On voit que nos connaissances sur l'étiologie de l'affection se réduisent à peu de chose, pour ne pas dire à rien. Sommes-nous plus avancés sur la question de pathogénie ? Nullement. Les premiers observateurs pensèrent que la coloration anormale était due à la production, dans le revêtement épithélial des papilles, de granulations pigmentaires analogues à celles qui existent dans l'épiderme des nègres : ce n'était là qu'une vue de l'esprit que les examens histologiques n'ont pas justifiée.

Pour d'autres, l'explication est beaucoup plus simple : la teinte anormale est accidentelle ; elle est due à des substances étrangères, alimentaires, médicamenteuses ou autres (vin rouge, nitrate d'argent, tannin et fer successivement absorbés). A ces auteurs on objecte : 1° que la langue noire s'observe chez des gens soumis au régime lacté exclusif et ne prenant aucun médicament depuis plusieurs semaines ; j'ai observé un cas de cette espèce, dont on trouvera la relation dans la thèse Wallerand (*Etiologie et pathogénie de la langue noire pileuse.* Thèse de Paris, 1890) ;

2° Que la teinte des villosités de la langue pileuse offre aux divers réactifs (acides, alcool) une résistance que ne présentent pas les matières colorantes des aliments usuels. Cette hypothèse n'explique d'ailleurs que l'un des caractères de la maladie, la coloration plus ou moins foncée, et laisse dans l'ombre le caractère capital, l'allongement hypertrophique des papilles.

C'est cet accroissement exagéré des papilles filiformes que la *théorie trophique* a la prétention d'expliquer. Dans cette hypothèse l'affection doit être rangée parmi les hyperkératoses. Tandis qu'à l'état normal les cellules épithéliales des papilles tombent et se renouvellent incessamment, avant d'avoir subi le processus de kératinisation, c'est-à-dire avant d'avoir perdu leur noyau et de s'être transformées en cellules cornées, ainsi que cela se passe pour l'épiderme, dans l'état pathologique en question ces cellules se kératinisent et restent adhérentes les unes aux autres, comme le font celles des ongles, des verrues ou des poils. Cette hyperkératose n'expliquerait pas seulement l'accroissement anormal des papilles, elle rendrait compte aussi de la répartition de la coloration dans les papilles dont l'extrémité est d'ordinaire plus foncée que la base : c'est en effet un caractère fréquent des vieilles cellules cornées, de présenter une teinte foncée qui peut aller jusqu'au noir ; c'est ce qu'on voit dans les comédons et dans certains cas d'ichthyose.

Quelque séduisante que soit cette supposition, elle n'a pu l'emporter dans l'esprit de la majorité des auteurs sur la *théorie parasitaire*, imaginée par M. Raynaud, et qui est encore aujourd'hui la théorie en faveur. Cette faveur elle la doit aux idées actuellement régnantes sur l'origine de la plupart des maladies : elle n'est toutefois qu'en partie justifiée, car elle ne repose que sur des probabilités et des analogies. En effet, malgré les recherches répétées de nombreux bactériologistes, il a été impossible, jusqu'ici, de mettre en évidence le prétendu microbe chromogène de la langue noire. Sans doute, dans ces dernières années, Sendziak, Ciaglinski et Hevelke à Varsovie, Schmiegelow à Copenhague, ont réussi à isoler et à cultiver, dans divers cas de langue noire, des champignons du genre hyphomycèle (mucor niger, trichosporium chartaceum, hormodendron cladosporioïdes, etc.) dont les cultures sont plus ou moins brunes et foncées : c'est à cette variété de champignons que seraient dues certaines taches sombres ou jaunâtres, qui se produisent sur les papiers ou les étoffes longtemps soumis à l'humidité ; mais ces auteurs n'ont pas fait la preuve de l'action pathogène de ces champignons.

La diversité des modes de traitement proposés se ressent de l'incertitude de nos idées sur la pathogénie de l'affection. Je me contenterai d'indiquer le traitement qui m'a donné les moins mauvais résultats. Il consiste à badigeonner et à frictionner le dos de la langue, quatre fois par jour, avec la solution suivante :

Acide salicylique..........	1 gr.
Glycérine..................	} àâ 10 gr.
Eau........................	}

Si au bout de huit jours, ce traitement n'a

produit aucune modification, il faut râcler à plusieurs reprises la surface de la langue avec le dos d'un bistouri ou mieux avec une curette, de façon à enlever la plus grande partie des productions piliformes : les jours suivants, on continue les badigeonnages avec la solution précédente. On utilise ici à la fois le pouvoir antiseptique de l'acide salicylique et son action dissolvante sur les productions cornées : ce mode de traitement donne satisfaction, à la fois aux partisans de la théorie trophique et à ceux de la théorie parasitaire. Je l'ai vu amener la guérison en quelques jours ou en quelques semaines ; mais je ne dois pas dissimuler que souvent aussi il n'a amené aucune modification du processus et a échoué tout comme les divers autres modes de traitement proposés (badigeonnage à l'eau oxygénée, attouchements avec une solution de sublimé, de résorcine, etc.)

Quoi qu'il en soit, si la question vous intéresse, examinez systématiquement à ce point de vue la langue de vos malades et, s'il vous arrive exceptionnellement de rencontrer un cas typique de langue pileuse franchement noire, vous constaterez du moins que les formes atténuées de l'affection, c'est-à-dire l'allongement anormal des papilles filiformes sous l'aspect de villosités plus ou moins jaunes ou brunes, ne sont nullement rares ; entre ces formes atténuées et la mélanotrichie linguale typique, il y a tous les intermédiaires, comme intensité de coloration et comme développement des productions piliformes.

M. Boulay,
ancien interne des hôpitaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les recettes du médecin.

Des jeunes gens devisaient, l'autre soir, sur la profession. N'imaginez pas qu'ils parlaient sérum ou phagocytose. Ils avaient bien dîné et ne s'élevaient pas jusque là. Plus prosaïquement ils discouraient sur les recettes des maîtres connus. C'était à chaque chiffre lancé à pleine voix, avec une assurance qui me stupéfiait, un murmure admiratif. — Tenez, me dit-on, savez-vous combien gagne Un Tel ? — Non, je n'ai jamais mis la main dans sa caisse, pour compter avec lui. — Eh ! bien, l'année dernière, il a dépassé 200,000 fr. ! — Ah ! fis-je, c'est un homme bien intelligent ! — Oui, certes, me répondit mon interlocuteur, car, voyez-vous, aujourd'hui il n'y a que ça de vrai, gagner le plus possible. — Et X..., demandai-je, combien supposez-vous qu'il gagne, puisque vous êtes si bien informé ? Il faut vous dire que X... est un homme tout à fait supérieur. Il est un des rares qui aient fait œuvre originale. C'est un maître dans la vraie acception du mot. — Oh ! X..., me fut-il répondu avec une petite moue, je ne sais. Il ne compte pas, la clientèle ne l'aime point.

La conversation que je viens de rapporter n'a rien que de très naturel. Maintes fois vous avez dû entendre des appréciations semblables. Nous sommes tellement devenus modernes, que nous ne jugeons plus un médecin d'après ce qu'il vaut, d'après ce qu'il produit, mais bien d'après ce qu'il gagne.

Atteindre de gros chiffres, tout est là. Mon Dieu je n'y vois pas grand inconvénient, et, comme les camarades, j'estime qu'il faut faire l'impossible pour gagner honnêtement sa vie. Quant à se figurer que la profession est de celles qui doivent rapporter beaucoup d'argent, c'est une erreur dangereuse et grossière, qui, suivant moi, n'est pas assez souvent réfutée.

Beaucoup de parents, aujourd'hui, choisissent notre profession pour leurs enfants, parce que, disent-ils, elle est tout aussi bonne qu'une autre pour amener les fortes recettes. De plus, avantage immense, elle n'exige presque pas de mise de fonds. Les jeunes gens partent sur cette idée. Comme nul, au cours de leurs études, ne se préoccupe de leur enseigner leurs devoirs, ils s'embarquent dans la médecine avec l'idée bien et dûment arrêtée d'y faire fortune. A l'user, ils ne tardent pas à s'apercevoir que la chose n'est pas aussi facile qu'ils l'avaient imaginé. Alors, sous l'influence de leur passion directrice, ils créent des procédés nouveaux pour aller vite et loin. Celui-ci, — ne riez pas, le fait existe, — donne des bons de consultation chez l'épicier. Quand on a acheté pour une certaine somme de marchandises, le commerçant remet, à titre de prime, un petit carton donnant droit à une consultation de 10 francs, moyennant la modique somme de 20 sous. Celui-là fera de la chirurgie à tempérament, toujours par l'entremise d'un commerçant qui a la spécialité des ventes *a remere*. Ailleurs, c'est le partage avec le pharmacien, le bandagiste, l'électricien, et tous les fournisseurs que fréquentent nos malades.

Dieu me garde de blâmer de semblables pratiques ; ce serait peine perdue. Et puis chacun s'arrange comme il peut dans la vie ; aussi n'est-ce point en moraliste que je traite la question. Ce que j'entends seulement démontrer, c'est l'illusion de ceux qui agissent ainsi. Que d'imagination ne dépensent-ils pas pour un mince profit ! S'ils ont le goût du commerce, qu'ils s'y lancent carrément. Cela vaudrait bien mieux que d'employer leurs aptitudes là où elles n'ont que faire. Chez nous ils auront beau se démener, le résultat ne sera jamais proportionné à l'effort.

Il en est aussi, et je les plains, qui voient d'un œil d'envie grandir sans cesse la prospérité des instituts à grosse réclame, dont nous sommes affligés. Ils oublient que ces industries ne furent jamais à notre portée. Ce sont de gigantesques entreprises. Certaines, m'a-t-on écrit, rapportent 300.000 francs ; d'autres, où l'on traite les maladies de la bouche, atteignent jusqu'au million. Si de pareilles usines existent, c'est grâce à notre désunion et au je m'enfichisme des pouvoirs publics.

Mais tout cela, encore une fois, n'a rien de commun avec la médecine. On ne peut demander à notre profession que l'indépendance et sauf exception, l'aisance modeste. C'est déjà bien joli, et ceux qui en attendent davantage sont des étourdis qui se sont trompés de porte.

(*Médecine moderne.*) F. Helme.

L'influence de la profession médicale sur celui qui l'exerce.

(*Toast du président de la Société locale de la Savoie, au banquet du 26 juin 1898.*)

Mes chers Confrères,

Il est difficile que des médecins réunis par-

lent d'autre chose que de leur profession. Je vous exposerai donc quelques réflexions sur cette question. Quelle influence la profession médicale a-t-elle sur celui qui l'exerce ?

Il s'établit entre l'homme et son travail quotidien, une double action : influence des sentiments individuels dans les occupations journalières, et modification de la personnalité morale, par les habitudes professionnelles.

Vous savez que la répétition constante des mêmes opérations psychiques constitue peu à peu, en notre mentalité, une seconde nature, en contribuant à former le domaine subconscient de l'esprit. L'habitude fixe un acquêt de qualités ou de défauts ; le milieu social et la profession modifient à la longue l'héritage des bons sentiments trouvés dans le berceau.

Pour ne citer que deux ou trois exemples, ne voyons-nous pas la discipline militaire rendre autoritaire l'officier, après dix ans de service ; le banquier, à l'esprit constamment tendu vers la spéculation, apprécier toutes les choses de la vie dans la balance de l'intérêt ; le commis-voyageur, pour qui le placement de sa marchandise, de préférence à celle de ses concurrents, est le point capital de l'existence, finir par ne plus avoir une notion exacte entre l'exagération et l'erreur. Le *mensonge commercial est fils de la réclame*. Ne voyons-nous pas l'artiste de grand talent se rendre insupportable par sa vanité.

Eh bien ! que devient le médecin après dix, quinze, vingt ans de pratique ?

Les insuccès en pathologie et les erreurs en diagnostic, le rendent prudent et sceptique.

Il y aurait un chapitre à écrire sur nos illusions perdues ; mais, en deux mots, combien la cure des malades en clientèle diffère de ce qu'elle nous apparaissait à l'hôpital pendant le cours de nos études !

Le vieux médecin est devenu avare d'explications scientifiques et de formules thérapeutiques. La réflexion constante sur les mêmes problèmes, l'observation des faits de transmission des infirmités dans les familles, les incessantes découvertes en biologie, déterminent dans son esprit la fixation du doute scientifique ; et le plus audacieux médecin arrive, avec l'âge, à la méfiance de lui-même et de ses moyens d'action.

Cette autre habitude professionnelle de prodiguer son temps et sa peine, pour soulager autrui, détourne la mentalité de la spéculation en vue seule du lucre.

Nous n'avons pas, il est vrai, fait vœu de pauvreté, mais assurément nous avons consacré notre vie au dévouement. Et cela est noble, ne l'oublions pas, mes chers confrères. Même, quand on nous paie, on ne nous solde jamais l'équivalent de nos conseils d'ami désintéressé, de nos auditions confidentielles d'aveux honteux, de notre silence sur des secrets de famille, de nos pansements d'organes malpropres et de plaies morales répugnantes.

La meilleure part de notre salaire, c'est la satisfaction du service rendu et resté impayé, même d'une poignée de main. Il est si doux au cœur humain d'être un sauveur et de se sentir grandir à ses propres yeux.

Alors même que notre désintéressement est forcé, ce n'est jamais pour nous une déception. En soignant autrui, nous apprenons vite à connaître la nature humaine, c'est-à-dire les autres et nous-mêmes, et nous ne tardons pas à reconnaître que la gratitude est une fleur rare dans la sentimentalité des hommes.

Travailler, tout le long de sa vie, dans l'incertitude du bénéfice immédiat, sans songer au salaire rémunérateur, conduit insensiblement notre esprit dans l'empire de la philosophie pratique, celle qui maintient nos bons sentiments, cet altruïsme qui a dirigé nos pas vers la Faculté, quand, dans notre imagination de la vingtième année, l'exercice de l'art de guérir nous est apparu à travers l'idéal de l'abnégation et du dévouement.

Il est encore une autre influence professionnelle puissante.

Notre succès en clientèle dépend à la fois de la valeur de notre bagage scientifique et de la confiance que nous savons inspirer. Or cette confiance est le résultat de notre réputation d'honorabilité et de la moralité de notre conduite privée.

Nous savons qu'en compromettant notre dignité, nous ruinerions notre situation matérielle. Notre intérêt est d'être honnête homme.

On ne pourrait pas en dire autant du spéculateur qui calcule le gain réalisable de plusieurs centaines de millions, par l'achat de tout le blé disponible sur le marché d'un continent entier.

Donc, si l'exercice de la profession médicale ne rend pas vertueux le médecin qui ne l'est pas, du moins elle exige le concours des meilleurs sentiments humains, et, loin de les étouffer, elle les empêche de succomber dans le combat pour la vie.

Par comparaison avec certaines autres professions, on peut dire que la nôtre tend à améliorer le cœur de celui qui l'exerce.

Messieurs, unissons nos verres dans cette pensée réconfortante, en cette fin de siècle de défaillance morale des peuples, que non seulement l'art de guérir nous maintient humains et secourables envers ceux qui souffrent, mais encore bons et fraternels les uns envers les autres, dans la grande famille médicale.

Dr DUMAS,
Médecin de l'asile des aliénés de Bassens.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal de la médecine par un pharmacien et son élève

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DU HAVRE

Jugement du 28 Mars 1898.

Entre Monsieur le Procureur de la République poursuivant et
primo X.
secundo Y.

Motifs :

Vu les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, 1er de la loi du 26 mars 1891, dont lecture a été faite par le Président :

Attendu qu'il résulte de l'Instruction et des débats et des aveux partiels du prévenu Y. la preuve que X. et Y. ont, à plusieurs reprises, depuis moins de trois ans, commis le délit d'exerce illégal de la médecine.

Attendu qu'il est en effet constant que la veuve G. et la demoiselle D. ont été visitées par l'élève en pharmacie Y., et ont reçu des mains de celui-ci et

de celles de X., son patron, des remèdes que les deux prévenus disaient appropriés au genre de maladie de ces deux clientes. Qu'ainsi pendant près de deux annés, en 1895 et 1896, la veuve G a suivi le traitement que lui avaient prescrit les prévenus.

Attendu qu'il est encore établi que Y. seul a, en 1897, fourni au sieur L, qui s'était adressé à la pharmacie X. après avoir lu en ville des placards que X. reconnaît avoir fait afficher et par lesquels celui-ci annonçait posséder un remède contre les maladies vénériennes, guérissant sûrement et rapidement ces affections, diverses drogues que le prévenu affirmait être souveraines pour la maladie dont L, sur sa demande, se disait atteint.

Attendu que, vainement, les prévenus font soutenir qu'en admettant même que les faits rapportés par les témoins soient exacts, ils ne constitueraient pas le délit d'exercice illégal de la médecine, parce qu'ils rentrent dans la catégorie de ceux permis aux pharmaciens et parce que l'habitude, qui est une des conditions essentielles du délit, n'existerait point dans l'espèce.

Attendu que ces moyens de défense ne sauraient être admis par le Tribunal.

Attendu d'abord qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 Germinal an 11 les pharmaciens ne peuvent livrer et débiter des médicaments ou des drogues composées, que d'après la prescription des docteurs ou des officiers de santé.

Attendu, d'ailleurs, qu'il est manifeste que c'est faire acte réservé aux seuls médecins, que de visiter des malades pour se rendre compte de la nature de leurs affections, que ce sont bien les conditions dans lesquelles X. et Y. ont soigné la veuve G. et la demoiselle D.; que ces dames ne sont point venues, comme semble le dire Y., demander à la pharmacie un remède spécial et déterminé, mais après une véritable consultation, ont accepté les drogues qui leur étaient prescrites.

Attendu, de même, que L. ne s'est point adressé au sieur Y. pour lui demander tel ou tel remède, mais qu'attiré à la pharmacie, par des affiches promettant la guérison d'une maladie pour laquelle il voulait un remède, il a expliqué le genre de maladie qu'il s'agissait de combattre et que, sur ses indications, Y. lui a remis plusieurs drogues, en lui assurant qu'elles produiraient l'effet désiré, et qu'en cas contraire, d'autres drogues plus efficaces pourraient être obtenues gratuitement.

Attendu que de tels faits constituent bien l'exercice de la médecine.

Attendu que le fait d'avoir fourni au témoin M. un simple remède pour procurer le soulagement d'une bronchite, ne paraît pas suffisamment caractérisé en dehors de renseignements précis sur la nature des sirops remis à ce témoin.

Attendu qu'en vain les prévenus soutiennent que la preuve de l'habitude des actes délictueux n'est pas rapportée contre eux, que les trois faits qui viennent d'être precisés et retenus sont bien constitutifs de l'habitude dans le sens juridique de ce mot.

Attendu, d'ailleurs, que les faits révélés par la veuve G., suffiraient à eux seuls pour justifier la prévention, puisqu'il est évident que les prévenus ont prescrit un traitement suivi à cette femme et qu'ils l'ont dirigé pendant plusieurs mois.

Attendu, quant à l'application de la loi, que les deux prévenus n'ont jamais été condamnés et que d'excellents renseignements ont été recueillis sur leur compte ; qu'il y a lieu dans ces conditions de les faire bénéficier de la loi de sursis.

Par ces motis, le Tribunal déclare X. et Y. coupables d'avoir au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine; par suite les condamne chacun à cent francs d'amende. Dit toutefois qu'il sera sursis pendant cinq ans à l'exécution de cette peine.

Les condamne en outre aux dépens solidairement.

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat des médecins du Sud-Finistère

Réunion du 3 octobre 1897.

Présidence de M. Dubuisson.

La séance est ouverte à midi.

Etaient présents: MM. Dubuisson, Président ; Colin, Syndic ; Pilven, Secrétaire-Trésorier ; Cosmao.

Absents avec excuses: MM. Chéreux, Neis, Mével, Le Coquil, Galzin.

M. Cabon a écrit pour donner sa démission de membre du Syndicat.

M. le Président prend la parole, et prononce l'allocution suivante :

« Depuis notre dernière réunion, notre Syndicat a fait une grande perte dans la personne de notre confrère M. Gaumé, membre de notre Association depuis sa fondation, et que vous aviez renommé syndic l'année dernière, lui renouvelant ainsi la confiance que vous lui aviez déjà témoignée à l'origine de notre Société, et qu'il méritait, du reste, par son dévouement absolu à nos intérêts professionnels.

Les magnétiseurs.

« La lutte contre les magnétiseurs se poursuit avec des fortunes diverses ; si le Syndicat d'Angers a perdu son procès et n'a pu obtenir de condamnation, par contre, le Syndicat de Lille a obtenu la condamnation, à 100 francs d'amende, d'un magnétiseur qui faisait payer deux francs l'extraction, à l'aide de passes magnétiques, des tubercules découverts, par son épouse somnambule, dans les diverses parties du corps de ses crédules clients. Il n'était extrait du reste qu'un tubercule par séance, de sorte qu'une femme affligée de 28 tubercules a dû subir 28 séances et payer 28 fois deux francs.

« Ce jugement nous fait espérer que nos confrères d'Angers finiront par obtenir satisfaction.

Loi sur la pharmacie.

« En ce qui touche la loi sur l'exercice de la pharmacie, l'opinion générale de nos représentants au Parlement est qu'elle ne peut aboutir avant la fin de cette législation.

« Les Chambres auront, en effet, à voter le budget de 1898 et un certain nombre de lois d'intérêt supérieur, et qui ne peuvent plus être ajournées ; il est donc peu probable que la loi sur l'exercice de la pharmacie, qui n'intéresse qu'un nombre assez limité de personnes, puisse venir en discussion avant des projets de loi d'un intérêt général.

Assistance médicale.

« Le règlement sur l'Assistance médicale gratuite fonctionne maintenant d'une façon régulière.

« Cependant, un confrère du Léon m'a fait connaître que certains maires inscrivent sur le billet d'assistance le nom d'un médecin de leurs amis, ne laissant pas à l'indigent le choix de son médecin.

« A la dernière session du Conseil général, j'ai signalé à l'Administration ce fait contraire aux prescriptions du règlement, et M. le Préfet adressera aux maires une circulaire à cet effet.

« Ce sont là des cas isolés ; il en est de même de certaines communes où les listes seraient établies de façon à nuire aux intérêts des médecins. Ceux de nos coufrères qui auraient à se plaindre de semblables agissements n'ont qu'à me les faire connaître, et je les signalerai à l'Administration, qui est toute disposée à faire observer le règlement. »

Ordre des médecins.

Après l'allocution de M. le Président, les membres présents échangent quelques observations au sujet de la création d'un Ordre des médecins, dont il a déjà été question dans la séance précédente ; depuis lors, de nombreuses discussions ont été échangées à ce propos dans la presse médicale, et il semblerait que les adversaires du projet soient devenus plus nombreux. La difficulté de prouver les faits délictueux, la répugnance à les dénoncer, la sanction insuffisante ou excessive et, enfin, la crainte d'une dépendance, si légère qu'elle soit, vis-à-vis de confrères investis d'une certaine autorité. Tels sont les arguments sur lesquels on s'appuie principalement pour repousser toute innovation.

Il est certain que si l'on envisage la question au seul point de vue de la pénalité, qui semble être la pierre d'achoppement du projet, les opinions peuvent être bien différentes : que celle-ci, en effet, soit légère, elle n'atteindra pas son but; qu'elle soit grave, elle deviendra facilement inhumaine, si elle va jusqu'à la suspension et, dans tous les cas, elle risquera de rester illusoire, à cause des difficultés de son application. Il semble, pourtant, aux membres présents, que toute discussion au sujet d'une sanction pénale étant écartée, le blâme unanime des confrères, avec ses conséquences dans les relations professionnelles et son impression sur le public, constitueraient une sanction, suffisante dans la plupart des cas, pour retenir le médecin tenté d'enfreindre les règles de la probité et de l'honneur professionnels.

Il n'y aurait, de ce fait, aucune dépendance des médecins vis-à-vis d'un Conseil de l'Ordre, qui n'aurait à statuer que sur des faits relevant uniquement de la profession, et dont le caractère, bien nettement délictueux, serait le plus souvent de notoriété publique.

Caisse de résistance.

La création d'une caisse de résistance est admise en principe, et une somme de 50 francs a été votée pour être adressée à l'Union des Syndicats ; cette caisse peut être alimentée par une cotisation régulière et obligatoire, ou par une contribution facultative des Syndicats particuliers, à l'appel de l'Union des Syndicats dans le cas de nécessité. Les membres présents accordent leur préférence à ce dernier mode de subvention.

Médecins légistes.

On émet ensuite le vœu que les médecins experts et légistes, choisis par la Cour d'appel, soient recrutés parmi des médecins spécialistes; ceux-ci, véritables fonctionnaires, auraient toutefois la faculté de faire de la clientèle. Ce vœu semble répondre au sentiment de médecins qui, appelés à se prononcer dans des cas où de si graves intérêts sont en jeu, sentent tout le poids d'une responsabilité à laquelle des études spéciales ne les ont pas toujours suffisamment préparés.

Exercice illégal.

Sur la proposition d'un des membres présents, le Syndicat décide d'adresser, à Monseigneur l'Évêque de Quimper, une lettre pour le prier de vouloir bien intervenir auprès des Sœurs, en leur recommandant de ne pas sortir de leurs attributions de charité et d'assistance aux malades en empiétant sur le rôle des médecins. Cette lettre sera remise directement entre les mains de l'Évêque par les membres du Bureau.

Aujourd'hui, comme à la dernière réunion, l'on constate avec regret le peu d'empressement des confrères à répondre aux convocations. Les membres présents, en effet, sont au nombre de quatre seulement ; et, cependant, le Bureau entend souvent des plaintes et des récriminations ; en vérité, que peut-il faire ? il est sans soutien ; l'initiative doit d'ailleurs venir des membres du Syndicat, dont il enregistre et fait exécuter les décisions. Or, ceux-ci l'abandonnent à lui-même, si bien que, la réunion du Syndicat n'est en réalité qu'une réunion du Bureau.

Il y a lieu d'espérer que ce nouvel appel sera entendu des confrères, qui se feront un devoir d'assister à la prochaine réunion, où le Bureau leur exposera sa gestion et se soumettra à leur décision, quelle qu'elle soit.

Le Secrétaire-Trésorier : Dr PILVEN.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française. — Le 1er juillet 1898 a eu lieu la 41e réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. Cornil. Vingt-cinq personnes y assistaient.

1° EXPOSITION DE 1900. — M. le président a fait part des démarches faites par le Bureau de l'Association auprès du Directeur général de l'Exposition de 1900. M. Picard a promis de donner une réponse aussitôt qu'il le pourrait.

2° CLUB MÉDICAL DE PARIS. — M. le Dr Doléris a fait un rapport sommaire sur l'organisation future de ce club et a rappelé qu'on vient d'en fonder un à Berlin sous la présidence de M. Lassar, à l'exemple de ce qui existe depuis longtemps à Vienne et à Londres.

La discussion a été renvoyée au mois d'octobre. Les futurs statuts seront imprimés et distribués, avant la prochaine réunion, à tous les membres, par l'intermédiaire du bureau.

3° COMPTES DE 1897. — M. le Trésorier fait approuver les comptes de l'année dernière. Après avoir liquidé l'arriéré (Souscription Laltte, 1,000 fr. ; fêtes russes et réunions diverses, 700 fr.), l'Association possédait en caisse, fin 1897, une somme de cinq cent cinquante francs environ.

Le secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4289. — M. le docteur BECHET, d'Avranches (Manche), membre de l'Association Générale des médecins de France.

N° 4290. — M. le docteur GAGNIÈRE, de Choisy-le-Roi (Seine), présenté par M. le docteur COURGEY d'Ivry (Seine).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de M. le docteur RIGAIL, de Carcassonne, membre du Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 30 23 JUILLET 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Honoraires médicaux et mandats électifs.

« Gardez-vous bien de verser dans la politique », telle est la recommandation le plus souvent faite aux médecins qui débutent en clientèle.

Ils en parlent bien à leur aise ceux qui tiennent ce langage, mais ils ignorent souvent combien il est difficile au praticien des campagnes de suivre ce conseil banal.

Depuis que la médecine publique nous accapare, depuis que, sous prétexte de protection des faibles et de justice sociale, les lois et les administrations nous créent des missions nouvelles, aussi gratuites que mal déterminées, nous sommes fatalement conduits à entrer en rapports constants avec les autorités communales, départementales, judiciaires, etc..., tantôt pour faire respecter nos droits (c'est le cas le plus fréquent), tantôt pour signaler le vice criant d'une organisation, bâclée par des incompétents.

A partir de ce moment, une coterie nous guette : bon gré mal gré, elle veut faire de nous son instrument, et, dans ce but, nous impose un mandat. Elle nous somme d'aller dire dans les Assemblées comment nous comprenons les réformes sociales ; et il faut de l'énergie pour savoir.... se dérober.

Mais dans ce cas, du moins, n'ayant fait que céder à des sollicitations, nous restons libres d'agir pour le mieux de nos intérêts professionnels.

Il en est tout autrement si c'est l'ambition qui nous pousse à solliciter de nous-mêmes les suffrages de nos concitoyens.

En dehors des corvées auxquelles il faut alors se soumettre, des détestables pilules qu'il convient d'avaler avec un sourire gracieux, quand elles vous sont préparées par l'électeur influent, des grosses dépenses qui s'imposent à un budget parfois peu élastique, nous ne tardons pas à nous apercevoir que la rémunération de nos services professionnels se fera désormais, non plus en billets de banque, mais en *promesses* de bulletins de vote.

Et alors la situation devient tendue pour le médecin en mal de candidature. Il travaille nuit et jour, *d'autant plus qu'il sera moins honoré* ; son registre se couvre de noms et de créances problématiques ; Cocotte est fourbue, le tilbury n'en peut mais. N'importe, il faut marcher, à toute heure, à tout prix.

Pendant ce temps, les confrères voisins que ces travaux forcés menacent du chômage, adoptent une bonne petite attitude hostile (cela se comprend), qui double encore les difficultés à vaincre, les sacrifices à faire. La concurrence acharnée s'établit, ruineuse pour tous, avilissant le prestige et les intérêts des gens si honorables que sont les médecins, anéantissant définitivement l'entente entre nous, qui est notre seule sauvegarde contre tous les dangers.

Conclusion. — Ne recherchons pas les mandats électifs. Attendons qu'on nous les offre, et alors dictons ces deux conditions : 1° *ne rien sacrifier de nos intérêts personnels* ; 2° *ne jamais faillir au devoir de solidarité envers nos confrères, par des abus de médecine gratuite, par des compétitions déplacées*, etc...

Le médecin ne doit pas acheter le suffrage universel, ce serait indigne de lui.

Ajoutons que cela coûte aussi trop cher... à lui et à notre profession.

Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections interstitielles de perchlorure de fer dans les angiomes.

Plusieurs procédés sont applicables au traitement des tumeurs érectiles ou angiomes : la vaccination, l'ignipuncture, l'électropuncture, l'électrolyse et l'extirpation. Ces divers procédés ont leurs avantages et leurs inconvénients indiscutables.

M. *Th. Anger* vient de communiquer à l'Académie les bons résultats que lui a donnés un autre moyen curatif, plutôt médical que chirurgical. C'est la méthode des injections de perchlorure de fer dilué, selon la formule suivante :

Solution de perchlorure de fer à 30°..	25 gram.
Chlorure de sodium..................	15 —
Eau..................................	60 —

Il procède ainsi : pour les petites tumeurs, il emploie la petite seringue de Pravaz ordinaire ; il pique la tumeur avec l'aiguille isolée ; si une goutte de sang se présente à l'orifice de l'aiguille, il est certain alors d'être dans un lac sanguin de la tumeur. Il injecte quelques gouttes de la solution. En quelques mois, la tumeur s'affaisse ; si la tumeur, au bout de ce temps, s'accroît de nouveau, il faut faire une nouvelle injection. Il est rare d'avoir besoin d'en faire de plus nombreuses.

Pour les angiomes de plus gros volume, il ne faut pas craindre d'injecter XV, XX, XL gouttes de la solution ci-dessus ; on peut aussi employer cette autre solution, qui est plus active :

Solution de perchlorure de fer à 30°.	25 gram.
Chlorure de zinc.....................	3 —
Eau..................................	60 —

L'injection doit se faire lentement et sans-à-coup ; dans les gros angiomes, il est nécessaire de pratiquer une compression périphérique sur les bords de la tumeur ; pendant l'injection, la tumeur se gonfle, mais ne devient dure, par la coagulation du sang, qu'au bout d'un quart d'heure environ ; alors on peut lever la compression périphérique. La tumeur grossit d'abord pendant vingt-quatre heures et s'indure, puis la régression commence, mais elle est très lente et dure plusieurs mois.

Jamais il n'y a d'inflammation locale, ni de suppuration, ni d'escharification, quand on ne dépasse pas les doses suffisantes. Par ce moyen, qu'il emploie déjà depuis trente ans, M. Th. Anger est venu à bout, en quelques années, d'angiomes très volumineux.

La fièvre herpétique.

D'une très conscienceuse étude de l'herpès et de ses diverses manifestations, M. le Dr *Hugues*, de Saïda, conclut que la fièvre herpétique est une maladie pyrétique, infectieuse et contagieuse, à expression cutanée secondaire, inconstante dans sa marche et son allure. Elle revêt différentes formes ; mais il est une forme franche en quelque sorte première, qu'atténuent la répétition, la récidive. L'herpès génital, l'herpès pharyngé, l'herpès cataménial relèvent de la même origine : ils présentent des caractères spéciaux à cause de leur localisation spéciale. Les symptômes généraux prémonitoires sont généralement méconnus ou mal interprétés ; ils existent toujours, mais à des degrés divers. Sous prétexte qu'ils sont parfois peu de chose, on ne compte pas avec eux; « cela, il est vrai, est sans conséquences pratiques, cela n'est point sans portée doctrinale. »

Le traitement variera suivant la forme de la maladie et les localisations des vésicules. L'herpès génital et l'herpès guttural sont justiciables de soins particuliers et bien connus. Contre l'hyperthermie de la fièvre herpétique franche, on luttera par les moyens communs dont nous disposons : les bains procureront d'excellents résultats ; on prescrira des boissons diurétiques et abondantes. Les antithermiques médicamenteux, antipyrine, quinine, phénacétine, etc., ne donnent ici aucun bénéfice. C'est en somme un traitement d'expectative, puisque le pronostic est bénin, la guérison certaine.

Traitement opératoire de la myopie progressive.

M. le Dr *Dransart*, de Somain, conseille de traiter les malades atteints de myopie progressive par l'iridectomie ou la sclérotomie. Quelques cas sont justiciables de la capsulo-ectomie ténonienne ou de l'extraction du cristallin. Puis, consécutivement, quelques jours après l'opération, M. Dransart fait instiller, chaque soir, une goutte d'un collyre à la pilocarpine au 100e, et cela, durant plusieurs mois, et même davantage. Pendant une quinzaine de jours, il soumet l'opéré à une série d'injections de pilocarpine, et y associe assez souvent quelques applications de sangsues.

La flexion de la tête sur le tronc, avec l'arthritisme et une faiblesse générale, étant les facteurs les plus puissants du processus myopique, M. Dransart prémunit les opérés contre leur influence par un régime tonique antiarthritique et par une bonne hygiène oculaire.

Pour remplir ce dernier but, on prescrit aux opérés d'éviter, dans la mesure du possible, de fléchir la tête sur le tronc, soit en lisant, soit en se baissant.

Pour lire, ils doivent, autant que possible, se servir de verres leur permettant de voir à distance, en tenant la tête bien droite, et se servir de pupitres élevés et inclinés à 25°.

Pour se baisser, ils doivent fléchir les cuisses sur les jambes, de façon à limiter au minimum la flexion de la tête sur le tronc.

Les verres prescrits sont de deux sortes : les uns pour la vision de loin, corrigeant en général la myopie aussi complètement que possible.

Les autres pour la vision de près sont inférieurs aux précédents de 3, 4, 6 dioptries, et même plus, selon les cas.

Chez les jeunes sujets, on corrige la myopie totale (mesurée après atropinisation). Autant que possible, les mêmes verres servent pour la vision de loin et pour la vision de près, conformément à la pratique que j'ai adoptée depuis dix ans contre la myopie ordinaire, et cela avec les meilleurs résultats.

En tout cas, on corrige toujours l'astigmatisme avec le plus grand soin.

Ce traitement prévient efficacement le décollement de la rétine, quand son application devance les altérations graves de l'humeur vitrée.

D'autre part, ces données mettent en valeur l'innocuité absolue de la méthode, et, aussi, son application possible et facile chez les jeunes sujets atteints de la myopie progressive.

En effet, une sclérotomie, une capsulo-ectomie ténonienne et même une iridectomie peuvent toujours se faire dans la myopie progressive au début (8 à 9 dioptries), alors qu'il ne peut être question de proposer l'extraction du cristallin. D'une façon générale on empêche le développement ultérieur d'une myopie extrême en recourant à ce traitement.

Dans la myopie extrême de 16 à 30 dioptries, l'extraction du cristallin peut et doit entrer en ligne.

Toutefois, en raison de son efficacité générale, de son innocuité absolue, et de son efficacité spéciale pour prévenir le décollement de la rétine, nous pensons, jusqu'à preuve du contraire, que l'iridectomie doit encore jouer un grand rôle dans le cas de myopie extrême.

PRATIQUE HOSPITALIERE

M. le Professeur agrégé Albarran. Polyclinique des voies urinaires de l'hopital Necker.

L'examen des organes urinaires comporte toujours une série d'explorations instrumentales sans lesquelles il est impossible d'établir un diagnostic précis. Les symptômes fonctionnels, en effet, qu'il s'agisse de dysurie, de rétention d'urine, de fréquence des mictions ou d'autre chose encore, sont généralement trop vagues pour permettre des déductions cliniques sérieuses.

L'exploration méthodique de l'urèthre avec la bougie à boule constitue un premier temps très important. On reconnaît ainsi aisément, par cette épreuve, le calibre, la sensibilité des différentes portions du canal, l'état de souplesse des tissus, la saillie si souvent exagérée de la prostate, ainsi que les retrécissements proprement dits de l'urèthre. Enfin, quand il existe de l'uréthrite, le talon du cathéter ramène constamment une quantité plus ou moins abondante de sécrétions muqueuses on purulentes.

En second lieu, il convient de rechercher soigneusement la capacité du réservoir vésical, c'est-à-dire la quantité de liquide qu'il peut recevoir et tolérer. Pour bien faire cette opération, le chirurgien, ayant sondé le malade, pratiquera alors une injection d'eau boriquée par la sonde maintenue à demeure. Si la vessie est saine, elle supporte facilement plusieurs centaines de grammes de liquide ; au contraire, à l'état pathologique, elle en tolère beaucoup moins.

Toutes ces recherches et d'autres de même nature, par exemple l'exploration des calculs vésicaux, nécessitent évidemment une observation rigoureuse des règles de l'asepsie et de l'antisepsie chirurgicales.

Un point de pratique extrêmement important pour l'examen des organes urinaires de l'homme, c'est le toucher rectal, grâce auquel l'index va se rendre compte de l'état de la prostate et des vésicules seminales. Très souvent, il faut bien le savoir, les diagnostics sont insuffisants et le traitement impuissant, parce qu'on a oublié cette importante épreuve, qui est une source fréquente d'indications thérapeutiques.

Enfin, pour terminer l'observation rapide du malade, la palpation rendra compte de l'état des reins, de leur sensibilité et de leur volume.

En arrivant aux cas cliniques eux-mêmes, après ce rapide exposé, il faut s'arrêter d'abord à une maladie commune entre toutes parmi les affections des voies urinaires, l'uréthrite chronique, et envisager quelques-unes des modalités sous lesquelles elle se présente en pratique.

Dans une première variété, l'uréthrite postérieure chronique se combine à un retrécissement du canal qui a naturellement pour effet d'aggraver et d'entretenir l'infection de l'urèthre. Tous les médecins connaissent de frappants exemples de sujets atteints d'uréthrite chronique ancienne, chez lesquels la thérapeutique jusqu'alors restée totalement impuissante devint merveilleusement efficace le jour où un retrécissement fut reconnu et guéri. Avant de traiter d'une manière quelconque un écoulement chronique de l'urèthre, il est donc de toute indispensabilité d'explorer le canal avec la bougie à boule.

D'autre part, cette existence de l'uréthrite et des rétrécissements n'est pas, comme on le croit volontiers, l'apanage exclusif des jeunes gens. Sans doute, il est rationnel, quand un vieillard souffre de difficultés de la miction, de besoins anormaux d'uriner, de penser aussitôt aux affections si fréquentes alors de la prostate.

Cependant, dit M. Albarran, en clinique il n'est pas rare certainement de rencontrer des personnes âgées atteintes d'uréthrites anciennes avec rétrécissements. Une stricture peu serrée du canal, en effet, restera latente, ne se manifestera pas tant que la vessie sera jeune, avec assez de vigueur pour surmonter l'obstacle à l'écoulement de l'urine ; mais lorsque la contractilité vésicale aura diminué, en raison de l'âge, on verra apparaître la dysurie.

Un deuxième groupe de malades comprend les sujets atteints d'uréthrite postérieure et de lésions prostatiques concomitantes. Cette variété est assurément la plus commune. Dans la majorité des cas, les altérations chroniques de la prostate viennent s'adjoindre aux écoulements et aux gouttes matinales, pour les éterniser. Il faut reconnaître là également, la cause de l'échec si connu des traitements uniquement dirigés contre l'écoulement lui-même. Nombre de médecins encore aujourd'hui pratiquent toujours d'emblée dans l'uréthrite chronique les instillations de nitrate d'argent suivant la méthode excellente d'ailleurs de M. Guyon.

Cette façon de procéder, malgré l'indiscutable valeur des instillations, conduit trop souvent à un insuccès parce qu'on ne s'inquiète pas assez de l'état de la prostate. Généralement, en effet, cette dernière est malade chez les sujets atteints d'écoulements anciens et au doigt, par le toucher rectal, on constate son hypertrophie, son irrégularité, son induration.

Il faut bien se garder, quand on rencontre de semblables altérations, de les attribuer à la tuberculose prostatique. La phymatose de cet organe assurément est assez répandue, mais dans

ce cas, il est encore beaucoup plus commun de se trouver en présence de prostatites chroniques simples dans le cours de l'uréthrite postérieure. Une telle association commande des indications thérapeutiques spéciales, et le traitement doit être suivi plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois. M. Albarran, en l'espèce, recommande d'abord, tous les deux jours environ, de masser la prostate, puis, avant et après ce massage, de pratiquer de grands lavages antiseptiques uréthraux (1). La médication ainsi dirigée présente de très sérieux avantages : le massage ayant pétri et exprimé la prostate, l'irrigation qui suit immédiatement peut balayer des régions auparavant inaccessibles et pénétrer plus profondément.

Après quelque temps les tissus prostatiques sont redevenus souples en grande partie. Il reste cependant presque toujours au milieu de l'organe quelques petits noyaux indurés : ce sont des glandes infiltrées destinées à disparaître elles-mêmes par la suite si l'on continue le traitement aussi longtemps que le doigt en constate la présence.

Une fois les lésions de la prostate ainsi transformées et guéries, les instillations de nitrate d'argent reprennent leur droit et leur valeur, comme modificateur de la muqueuse malade.

Le médecin, en procédant de cette façon, se rendra maître d'un assez grand nombre de catarrhes uréthraux rebelles, sans cependant qu'il soit actuellement possible d'en promettre toujours la guérison, car il existe des uréthrites résistant à tout. Elles sont améliorables assurément, on peut les rendre aseptiques, mais elles continuent toutefois à persister sous forme de goutte matinale ou de filaments dans les urines.

Voilà donc deux grandes variétés d'uréthrite chronique, la première avec rétrécissement, la seconde avec prostatite. Mais il peut se faire aussi que l'explorateur à boule et le toucher rectal donnent des résultats négatifs en permettant de conclure à l'absence de rétrécissement et à l'intégrité de la prostate.

L'uréthrite postérieure est alors simple (3me variété) et on voit généralement ici les instillations de nitrate d'argent réussir rapidement et donner des résultats avantageux.

D'autre part, il existe quelques complications assez intéressantes des écoulements anciens. Etant données les altérations de l'urèthre postérieur, l'épididyme peut s'infecter à son tour, surtout si le malade auparavant a déjà souffert d'orchite aiguë.

A la palpation l'épididyme est gros, le testicule augmenté de volume et la vaginale contient du liquide. Il s'agit donc, en somme, d'une épididymite chronique avec vaginalite exsudative que l'on ne confondra pas avec la syphilis ou la tuberculose testiculaire.

Peu à peu, lentement, ces lésions peuvent se développer, pour donner naissance à une véritable hydrocèle. Surveillez, en pareil cas, l'exfension de l'exsudat, et s'il finissait par atteindre une proportion déjà notable, il faudrait pratiquer une simple ponction suivie d'injection phéniquée d'après la méthode américaine, l'hydrocèle n'étant pas alors suffisante comme abondance, pour justifier l'injection de teinture d'iode, ou toute autre intervention curatrice énergique.

(1) Lavages avec le bock suivant la méthode de Janet.

Les vésicules séminales s'infectent parfois aussi : un fait intéressant de leur pathologie mérite d'attirer l'attention. Le praticien se trouve quelquefois en présence de malades venus se plaindre que leur sperme est sanglant : comme preuve, ils montrent une chemise rougie au cours d'une pollution nocturne involontaire par exemple. Généralement il s'agit de sperme légèrement rouillé, rosé, mais il arrive cependant qu'il s'y mêle effectivement du sang à peu près pur et la teinte en devient rouge vif. Cet accident qui préoccupe et effraie beaucoup les malades est habituellement dû à un peu de vésiculite séminale et le toucher rectal laisse connaître l'infiltration de ces organes.

Le meilleur traitement, alors, consistera en séances de massage de la région prostatique et vésiculaire, par le rectum naturellement.

A côté de cela, il est enfin d'autres propagations possibles de l'infection uréthrale, blennorrhagique ou non, qui peuvent atteindre la vessie pour constituer la cystite, la péricystite et même, en progressant encore, gagner le rein (pyélonéphrite ascendante).

Ces complications sont puissamment favorisées par la stase, la rétention d'urine dans le réservoir vésical, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause : rétrécissement ou hypertrophie prostatique. Chez deux vieux blennorrhagiques, la rétention d'urine provoquée par un rétrécissement joint à la faiblesse du muscle vésical, entraîne facilement des phénomènes d'infection. Il est plus commun encore de rencontrer des *prostatiques vésicaux*, c'est-à-dire des vieillards chez lesquels les mêmes troubles de rétention se produisent lorsque la vessie devient trop faible pour surmonter une légère hypertrophie sénile de la prostate (1). A ce moment, l'indication majeure réside dans l'évacuation régulière des urines; il faut à tout prix les empêcher de stagner dans la vessie, sous peine de voir l'infection gagner cet organe.

Lorsque la rétention est liée au rétrécissement de l'urèthre, s'il existe déjà des symptômes infectieux, le traitement par la dilatation serait une perte de temps. La seule intervention indiquée est l'uréthrotomie qui permet à la fois de lever la stricture et de soigner la vessie : une sonde à demeure assurant l'évacuation régulière de l'urine, il sera utile en outre de donner d'abondantes boissons diurétiques pour balayer les sécrétions rénales et vésicales.

Pour traiter la rétention d'urine chez les prostatiques vésicaux, il y a peu à faire contre la lésion prostatique elle-même, généralement légère, en semblable circonstance. Les malades devront se sonder au minimum trois fois le jour, avec une extrême propreté (asepsie de la sonde, du méat et des mains). Il est non moins indispensable, pour éviter l'infection, d'accompagner tout sondage d'un lavage immédiat de la vessie, car outre les microbes de la sonde, on doit en-

(1) L'affaiblissement de la contractilité vésicale, chez le vieillard, joue donc un rôle très important. L'expression de *prostatique vésical* montre bien que la rétention d'urine est due non seulement à l'obstacle prostatique mais encore et surtout à la faiblesse de la vessie. De même pour la rétention liée à un rétrécissement très peu serré, dans la vieillesse.

core tenir compte de ceux de l'urèthre, que le cathéter refoule.

Il faudra donc, chaque fois, pratiquer régulièrement un lavage à l'eau boriquée et, de temps à autre, employer une solution de nitrate d'argent.

Ainsi soigné, le prostatique vésical peut vivre de longues années, mais la moindre faute peut lui être fatale ; ne pas l'oublier.

Le diagnostic des affections des voies urinaires demande donc un examen minutieux des organes atteints, et les troubles fonctionnels qui inquiètent les malades ne sont pas toujours en rapport avec les lésions directement constatées par le chirurgien. Il est des sujets demandant conseil en raison de phénomènes morbides souvent bizarres, minutieux, de fréquentes envies d'uriner, de cuisson, de douleur uréthrales ou rénales.

Questionnez-les : ils n'ont pas d'antécédents uréthraux.

Priez-les d'uriner dans deux vases différents; dans les deux cas les liquides sont limpides.

L'explorateur à boule montre alors un urèthre normal comme dimension, sans uréthrite, rien à la prostate.

Enfin, examinez la capacité vésicale. Psychiquement ils ont une intolérance vésicale plus ou moins accentuée et matériellement ils supportent très bien trois ou quatre cents grammes de liquide injecté dans leur vessie.

Ce contraste frappant, cette évidente disproportion entre les deux capacités, réelle et psychique, M. Albarran conseille de toujours la rechercher, car elle donne la preuve que les besoins anormaux d'uriner du patient, ne sont pas dus à une cystite : alors le diagnostic de névropathie urinaire s'impose.

L'état général, enfin, viendra compléter cette étude, affirmer le diagnostic, en montrant souvent une diminution du réflexe pharyngien, du champ visuel, de la sensibilité, etc.

Tel est le type du névropathe urinaire pur, mais il en est d'autres : le plus commun des névropathes de ce genre est celui qui, atteint d'une petite lésion quelconque, légère, des voies urinaires, exagère considérablement son affection, et poursuit sans cesse son médecin de ses lamentations.

Le traitement de la névropathie urinaire est double : à la fois local et général. A ce dernier point de vue, la force morale du médecin joue un grand rôle, mais il est utile d'y ajouter les bromures à doses assez élevées, deux à trois grammes par jour en moyenne. Pour ce qui est de la médication locale, traiter d'abord la lésion s'il y en a une, et, s'il n'en existe pas, même en présence d'un névropathe urinaire pur, toujours recourir à une intervention locale, inoffensive bien entendu, sans laquelle il n'est pas de guérison absolue.

Tous les deux jours alors, pendant trois ou quatre minutes chaque fois, faites le massage de la prostate dont l'effet est de diminuer la sensibilité de l'urèthre postérieur. Pratiquez également le douchage de cette portion postérieure de l'urèthre ; avec une sonde dont l'extrémité renflée en olive et percée de trous est introduite dans la région prostatique, faire un lavage chaud ou froid en ayant soin de promener l'instrument le long de l'urèthre postérieur.

Si cette thérapeutique demeure insuffisante, vous emploierez enfin la dilatation progressive de la vessie qui réussit mieux encore que la douche uréthrale ; avec la sonde molle de Nélaton, injectez une certaine quantité de liquide dans le réservoir vésical, de façon à provoquer une légère envie d'uriner. A ce moment, vous priez le malade de réagir contre ce besoin pendant un certain temps, et, petit à petit, vous arriverez à faire tolérer quatre, cinq, six cents grammes même d'une solution boriquée pure ou mêlée à une solution d'antipyrine à 10 pour 100 dont on utilise l'action anasthésique (Albarran). Vous verrez alors la fréquence des mixtions diminuer pour bientôt devenir normale.

Dr P. LACROIX.

OBSTETRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la dilatation utérine en gynécologie

(*Suite*).

Par le Dr Paul PETIT.

L'utérus, une fois dilaté par l'un des procédés envisagés dans notre dernier article, ne tarde pas, si on l'abandonne à lui-même, à revenir à son état primitif et l'on peut poser en principe que les effets mécaniques de la dilatation ne survivent guère plus de deux mois à l'emploi des agents qui les ont produits. Or, il y a grand avantage à les maintenir, dans un bon nombre de cas, durant un temps assez long, et il n'est, à mes yeux, pour obtenir ce résultat, que deux moyens vraiment pratiques : le *tamponnement à la gaze antiseptique*, s'il ne s'agit de prolonger la dilatation que pendant 2 à 3 semaines ; l'emploi des *tiges intra-utérines*, s'il faut atteindre plusieurs mois.

1° *Tamponnement à la gaze antiseptique*. — Le tamponnement à la gaze se fait ordinairement avec une bande de gaze iodoformée, large de deux travers de doigt environ que l'on tasse dans l'utérus, comme on plombe une dent creuse. Je me sers à cet effet d'une tige plate et lisse à extrémité mousse, mais non renflée, ce qui permet de la retirer de l'organe sans entraîner la gaze avec elle. Le tamponnement doit être modérément serré si l'on ne veut pas supprimer le drainage capillaire des sécrétions. On le remplace tous les jours, ou tous les deux jours, suivant que la mèche est expulsée plus ou moins vite par les contractions utérines ; on est généralement prévenu du moment de cette expulsion par quelques coliques éprouvées par la malade.

Le tamponnement à la gaze a comme indications principales : l'hémostase première, le traitement de la métrite, le traitement conservateur de l'annexite.

2° *Tiges intra-utérines*. — Les *tiges intra-utérines*, dont le rôle principal est de combattre les sténoses et flexions de l'utérus et les troubles qui en dérivent (dysménorrhée, stérilité, etc.), étaient à peu près inusitées ou même inconnues en France, quand M. Lefour, de Bordeaux (1), est venu insister sur les multiples avantages qu'on en peut tirer, à condition d'employer des instru-

(1) Voir *Semaine gynécologique*, 21 juin 1896.

ments convenables et avec les précautions voulues.

Celui qu'il proposait dès lors (1) se composait d'une tige cannelée, en aluminium, c'est-à-dire très légère, traversée, au voisinage d'un de ses pôles, par un petit canal. Un fil était passé successivement : 1° A travers une des commissures du col, de dehors en dedans et à 1 cm. au-dessus de l'orifice externe, — 2° par le canal de la tige, — 3° à travers l'autre commissure cervicale, de dedans en dehors, le fil devait se nouer au-dessus du col et du pôle inférieur de l'instrument et maintenir celui-ci en place une fois qu'on l'avait introduit dans l'utérus.

M. Lefour semblait donc bien avoir réalisé le desideratum d'avoir un instrument entièrement intra-utérin, d'où facilité plus grande d'asepsie, et de l'avoir fixé de façon à n'entraîner aucune compression fâcheuse, ce qui n'était pas le fait de la plupart des instruments plus anciens qui, par l'intermédiaire de cupules embrassant le col ou d'artifices divers, prenaient plus ou moins appui sur l'enceinte pelvienne.

Malheureusement, il arrivait que l'anse de fil chargée de la fixation, étant mobilisable (puisque le nœud fait au-dessous du col ne tenait à rien), passait bientôt, sous l'influence de frottements et de la poussée utérine, en avant ou en arrière du col ; en se relevant ainsi, cette anse se trouvait embrasser un segment moins étendu du col et, par suite, se relâchait ; la tige descendait d'autant, puis, s'arcboutant par son pôle inférieur dans le cul-de-sac vaginal, elle accentuait de plus en plus, la contraction utérine aidant, son mouvement de descente, en se faisant suivre du fil qui sectionnait peu à peu de haut en bas les commissures cervicales. Sans même que cette section fût complète, le pôle supérieur de la tige se dégageant, par pivotement, de l'orifice externe, comme une tête fœtale de la vulve, il arrivait que l'instrument, au bout d'un certain nombre de jours, se trouvait complétement libre dans le vagin.

Tout en signalant, avec plusieurs autres, ce déplacement fâcheux qui enlevait toute valeur à l'instrument, j'avais proposé naguère une modification que M. Lefour lui-même avait bien voulu trouver assez ingénieuse, modification consistant dans l'addition au-dessous du pôle inférieur de la tige d'un très petit anneau (Fig. 1)

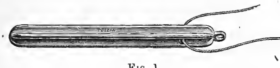


Fig. 1.

dans lequel on passe le fil avant de le nouer. Le nœud du fil se trouve de la sorte fixé par la tige elle-même et ne peut plus remonter ni en avant, ni en arrière du col. Mais je suis le premier à reconnaître qu'avec cette modification la descente de la tige n'est que *limitée*.

M. Lefour se sert actuellement d'une tige aplatie à son extrémité inférieure pour faciliter son extraction. Le canal transversal destiné au fil est percé dans cette partie plate. Enfin le mode de placement du fil a été modifié : on a recours au fil d'argent que l'on serre d'emblée au devant du col, c'est-à-dire là même où le fil a tendance à se porter quand on le noue au-dessous. De plus, M. Lefour recommande de serrer assez fortement l'anse au moment de son application, « car la dilatation par la laminaire a déterminé un boursouflement des tissus qui disparaît dans les jours qui suivent, et bientôt l'anse métallique serait trop lâche si l'on ne prenait la précaution que l'on vient d'indiquer. »

J'ai essayé de ce nouveau dispositif et je dois dire que je n'en ai pas été plus satisfait que du premier. Cette anse de fil qui enserre la lèvre antérieure du col ramollie par les tentes, la coupe presqu'inévitablement comme une anse de serre-nœud, sous le simple effort de la tige et même avec une striction modérée. Serre-t-on un peu moins, la tige ne tarde pas à descendre.

Aussi ai-je cru devoir faire construire un autre instrument qui ne fût point passible des mêmes reproches. Je le recommande d'autant plus résolûment au lecteur que, renonçant volontiers à tout esprit de paternité, je n'en fais moi-même qu'un simple succédané de la tige Lefour.

L'instrument auquel je donne la préférence est un tube percé de deux étages de fenêtres ovales et présentant à l'une de ses extrémités deux trous au-dessous desquels font saillie deux ailettes minuscules également forées. Avant de mettre l'instrument en place, l'utérus étant dilaté, on passe un fil, fil d'argent ou gros crin, dans chacun des trous et l'ailette correspondante (voir fig. 2). L'instrument reposant dans la concavité d'une valve de Sims, on passe le chef supérieur de l'un de ces fils à travers l'une des commissures du col et à la hauteur voulue. On en fait autant pour le

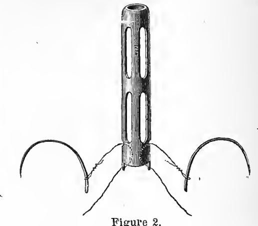


Figure 2.

fil opposé et la commissure correspondante. On introduit l'instrument dans l'utérus. On noue enfin le chef supérieur de chaque fil au chef inférieur et l'instrument ne peut plus bouger. Il est en effet immobilisé d'une façon immuable par les deux fils latéraux et par la hernie de la muqueuse dans les fenêtres de l'instrument, hernie assez légère pour être sans inconvénient au point de vue de la tolérance de l'organe et de l'extraction de l'instrument et qui pourtant suffirait peut-être à elle seule à le maintenir.

Lefour dit avoir laissé sa tige cannelée en place de six à quinze mois sans inconvénients. J'ai,

(1) Et qu'on peut se représenter à l'aide de la figure 1 en supprimant le petit anneau situé au bas de la tige.

de mon côté, maintenu mon tube-pessaire de 5 à 6 mois. Au bout de ce temps mes tubes primitifs en aluminium nickelé étaient en partie corrodés

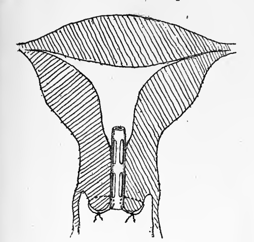


Figure 3.

par les sécrétions génitales ; mais j'éviterai certainement cet inconvénient avec l'argent doré dont je me sers depuis peu, et qui ne donne à l'appareil qu'une augmentation de poids insignifiante, étant donné que le dit appareil est évidé dans tous les sens.

La tige-pessaire et le tube-pessaire ne demandent, comme soins antiseptiques, que de simples lavages vaginaux que l'on supprime durant les 2 ou 3 jours qui suivent un coït si l'on cherche la fécondation. Il est cependant bon de déboucher le tube, après chaque menstruation, à l'aide d'une tige porte-ouate ordinaire. La malade ne sera pas condamnée au repos, à moins qu'elle ne soit atteinte de lésion annexielle, ce qui contre-indique d'ailleurs, à mon sens, l'emploi de ces instruments, malgré les effets de drainage que l'on est en droit d'en espérer. Ils rendent, par contre, les plus grands services dans le traitement des sténoses et atrésies, de l'antéflexion, de la stérilité, de la fausse couche par irritabilité anormale. Non seulement ils maintiennent l'utérus dilaté, redressé, mais ils rompent le spasme nerveux ou même le préviennent par l'effet de leur contact permanent. Maintenus en place durant le temps voulu ils calibrent l'organe, mâtent son intolérance d'une façon définitive et ces résultats survivent à leur extirpation.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Action sociale du médecin

Ce n'est pas sans raison que l'opinion publique proclame l'envahissement social du médecin.

« Ces médecins ! on les trouve partout ! ils se mêlent de tout !... bientôt au Parlement ils seront aussi nombreux que les avocats !... »

On ne peut contester, en effet, que l'ingérence du médecin dans toutes les questions sociales est aujourd'hui un fait notoire. Le médecin ne se borne plus à soigner les malades, mais à empêcher de devenir malade. Son rôle s'agrandit, se généralise et embrasse l'ensemble des intérêts humains quels qu'ils soient. Les progrès de la science ont élargi le cadre de ses attributions. Le médecin n'exerce plus seulement un art, il est aussi le serviteur d'une science extraordinairement étendue et féconde, l'hygiène, qui touche à la vitalité même des individus et des peuples. — Rien d'étonnant à ce que son rôle soit remarqué et envié, à ce qu'il suscite souvent des jalousies et quelquefois des récriminations. Directe ou indirecte, administrative ou personnelle, l'action du médecin n'en est pas moins réelle, incontestée et incontestable.

S'il existe certaines préventions au sujet de l'hygiène publique, préventions qui tiennent surtout à un défaut de réglementation, c'est que toutes les mesures générales d'hygiène, qui gênent si souvent l'individu, sont mal vues, mal comprises, mal acceptées, et que le mécontentement qui en résulte retombe sur le corps médical, auteur des mesures prises. Avant que l'éducation des masses ne soit faite en faveur de l'hygiène — ce qui sera long et difficile — nous aurons, il faut l'espérer, des lois et des règlements sanitaires, voir même un *ministère de la santé publique*, qui feront prendre aux individus l'*habitude* des mesures hygiéniques, qu'ils en comprennent ou non l'importance. Malgré des lois incomplètes, insuffisantes, pleines de contresens, les résultats de l'application approximative de ces lois sont frappants et merveilleux : le chiffre de la mortalité considérablement abaissé, et la durée moyenne de la vie sérieusement augmentée, sont des faits indiscutables.

Le ministère du médecin, plus large, plus étendu que celui du prêtre auquel nous aurons l'occasion de le comparer tout à l'heure, n'embrasse pas seulement le salut de l'individu. Il s'exerce partout ; aux frontières des nations comme aux frontières des continents où le médecin dit aux fléaux : « Vous n'irez pas plus loin. » C'est le médecin qui empêche la propagation des maladies contagieuses et épidémiques d'homme à homme, de peuple à peuple, d'un hémisphère à un autre hémisphère. C'est lui qui les éteint sur place là où elles ont pénétré malgré sa vigilance ; c'est lui qui surveille les enfants abandonnés, les préserve de la mort, et conserve cette précieuse substance humaine. C'est lui qui relève et améliore les populations et les races en améliorant chacun de leurs membres. C'est lui, aussi, qui diminue la criminalité, car en même temps qu'il est professeur d'hygiène, il est professeur de morale.

Sur son semblable, malade ou non, l'action du médecin est bienfaisante et produit d'heureux résultats. Le médecin réglemente l'habitation, la cohabitation, le travail et l'alimentation ; il pousse au mariage ou en détourne ; il fait prendre des habitudes de conduite, de modération, de sobriété, propres à conserver le corps, ayant toujours présent à l'esprit la maxime *mens sana in corpore sano*. C'est en réprimant les écarts, en traçant un régime, en corrigeant la mauvaise tendance d'un caractère ou d'un tempérament, qu'il donne de la valeur à l'individu, qu'il améliore l'âme. L'hygiène du vieillard, de la femme, de l'enfant, du travailleur sont autant de conquêtes du médecin. Le vieillard prolonge son existence par des soins hygiéniques bien compris ; aujourd'hui la femme se lave et se préserve aussi de quelques maladies ; la puissance mo-

rale du médecin corrige les enfants indociles et *pas sages* : l'atelier est devenu aéré et sain, la bonne ne frotte plus, et la demoiselle de magasin s'asseoit quelquefois. Par le médecin, tout le monde connaît l'acide phénique, l'acide borique, le sublimé et les premiers soins à donner à une blessure, une piqûre, etc. Aussi les cas médico-chirurgicaux ont-ils considérablement diminué ; moins de panaris, moins d'abcès, moins d'érysipèle ; pas de phlegmons, ni de tétanos. Tous ces faits joints aux découvertes nouvelles, à la pratique encore insuffisante des désinfections, à l'arrêt des maladies épidémiques et contagieuses, constituent une véritable révolution sanitaire, faite par le médecin et contre ses intérêts.— Sa lutte incessante contre l'alcoolisme et le malthusianisme touche aussi à des questions sociales de la plus haute importance. Ses conseils de tous les jours n'ont-ils pas modifié sinon bouleversé le régime économique de plusieurs régions ? Le vin blanc, peu connu, mal apprécié, à bon marché autrefois, est aujourd'hui préféré au vin rouge et a doublé de prix. La prohibition du gibier et du poisson de certaines tables bourgeoises ; la multiplication et la prospérité incroyables des stations balnéaires, sanitaires, estivales ou hivernales, ne sont-elles pas aussi des phénomènes économiques provoqués par le médecin ?

L'action sur l'individu, quand elle s'exerce sur chaque membre d'une famille, produit des résultats encore plus remarquables. C'est dans la famille, dont il est encore *quelquefois* l'ami, que le médecin triomphe au point de vue hygiénique. Sa direction éclairée est là d'un intérêt capital. Il prêche d'abord l'allaitement maternel, défend les soirées, le bal et le théâtre aux mères, gourmande les jeunes femmes peu soucieuces de remplir leurs devoirs maternels, et prépare ainsi une bonne génération. Il dit la vérité aux tuberculeux, dans leur intérêt comme dans celui des autres, surtout de leur descendants. Il avertit les cancéreux, les épileptiques, les syphilitiques des conséquences sociales de leur maladie en cas de mariage. Il fait comprendre l'importance des alliances physiques, encourage certains mariages, entrave les autres, recule ceux-ci, mais provoque ceux-là.

A un autre point de vue humanitaire, le médecin est le promoteur, le fondateur, ou la cheville ouvrière de toutes les sociétés philantrophiques dont aucune ne peut se passer de son concours : Sociétés de prévoyance, de secours mutuels, d'assistance, Compagnies d'assurances, secouristes, sauveteurs, pompiers, Sociétés patriotiques de la Croix Rouge, toutes ont recours à ses bons offices.

Quant à l'influence du médecin sur l'éducation, l'instruction et l'enseignement, personne n'ignore qu'elle est constante et prépondérante partout et depuis longtemps. Surveillance des écoles, action sur les parents et les enfants pour la fréquentation scolaire, organisation des conférences, participation aux cours, aux leçons pour les adultes, vulgarisation sérieuse de la science et de l'hygiène par tous les moyens, sont des choses de son ressort et de sa compétence.

Et combien de fois n'est-il pas juge de paix ?

Un publiciste médecin a dit quelque part que le médecin était un moraliste, un hygiéniste, un économiste et un prêtre.

Le médecin n'est pas un prêtre, malgré la convention banale qui fait de la médecine un sacerdoce ; il est plus que cela. Il est surtout un moraliste et partant un hygiéniste et un économiste. C'est comme moraliste que le médecin a des points de contact avec le prêtre. Le médecin a, non pas usurpé, mais ramassé le rôle social que le prêtre a laissé péricliter, qu'il n'a su ni élever, ni garder, ni comprendre. C'est bien lui aujourd'hui le professeur de morale occupant la place que devait occuper le prêtre. Pour être médecin des corps, il faut être aussi médecin des âmes, et c'est (pour ne froisser aucune opinion) en exerçant son principe vital, que le médecin guérit le corps.

Quand le médecin est grand par sa dignité morale il agit déjà sur le malade rien que par la sainteté de sa personne (Lassègue). Est-il besoin d'insister sur ce point admis et journellement constaté par tous les médecins ? Il est vrai de dire que les deux rôles de médecin et de prêtre auraient pu rester séparés tout en agissant de concert et visant le même but. L'un devait compléter l'autre, mais le prêtre n'a pas voulu comprendre ni admettre les rapports de l'âme et du corps ; il s'est cantonné dans une réserve froide, une orthodoxie farouche, se voilant la face, niant la science ou la suivant de loin, à regret, doctrinaire étroit et même sectaire au milieu de notre société éclairée, refusant de croire à l'évidence, arrivé même à un tel degré d'aveuglement, que, soit ignorance, soit parti pris, il ne s'aperçoit point que le *transformisme* est compatible avec la religion !

Un publiciste distingué, Maurice Talmeyr, écrivait naguère que « le clergé a gardé le *royaume intérieur*, la paix et la plénitude de l'âme, mais n'a pas conservé le *royaume extérieur*, c'est-à-dire la puissance et la vigueur terrestres. Il a toujours tout ce qu'il faut pour traverser en souriant nos temps ballottés et diriger des princes, mais ne possède plus ce qu'il faudrait pour régner sur ces temps d'orage et avoir l'oreille du peuple..... — les prêtres finissent aussi par trop oublier la terre, et tout ce qui est humain ne peut plus que leur échapper..... — le clergé lui-même (Congrès de Reims 1896) convient qu'il a besoin de se refaire une force terrestre. »

Mais il est trop tard pour que le clergé se refasse une force terrestre, et puis il n'a plus l'oreille du peuple. Le médecin a supplanté le prêtre. Nous ne le regrettons point pour notre part, quoique la tâche et la responsabilité du médecin en soient singulièrement augmentées.

Le résultat social eût-il été plus appréciable, plus satisfaisant, si médecins et prêtres eussent marché de pair ? Peut-être. Ce qui est certain, c'est que, dans la grande lutte contre l'alcoolisme et le malthusianisme, le prêtre, s'appuyant sur la science et la médecine, pouvait peser d'un grand poids, mais il est resté nonchalant et presque inactif... D'accord avec le médecin, le prêtre pouvait aussi plaider la cause de l'allaitement maternel, il pouvait corriger les mauvaises habitudes hygiéniques de ses clients et surtout de ses clientes, il pouvait prêcher la bonne parole fin de siècle et semer le bon grain démocratique ; la chaire, discrètement et sans déchoir, pouvait devenir une chaire d'hygiène et partant de morale ; le confessionnal pouvait, au lieu de traiter mariages et intérêts matériels, agir dans

le sens de l'amélioration et de l'augmentation de la race...

Mais l'influence des confessionnaux, des sacrements et des pratiques religieuses est demeurée restreinte. Le but du clergé est une mainmise sur les esprits et sur les familles : son prosélytisme est resté plutôt intéressé que véritablement élevé et humanitaire. Le peuple le sait, et n'écoute plus. Le peuple ne croit plus à l'enfer, aux peines éternelles. On le menace toujours du croquemitaine cornu, fourchu, verdâtre, mais il se contente de sourire.

Aussi, pourquoi le clergé n'a-t-il pas suivi le mouvement intellectuel ; n'a-t-il pas su se mettre à la portée du peuple, n'a-t-il pas tenu le langage de la raison ?

Lorsque le médecin, faisant la guerre à l'alcoolisme ou à l'intempérance, dit à l'intéressé : « Si vous continuez de ce train, si vous ne m'écoutez pas, si vous ne vous soumettez longtemps ou toujours aux règles hygiéniques, vous êtes perdu », celui-ci n'attend pas l'absolution ; il fait pénitence, ne rit plus, et *écoute*. — Si au lieu de signaler le péril que courait sa guenille, on lui eût dit qu'il serait puni dans l'autre monde, il n'eût pas écouté.

Mieux vaut menacer de la douleur et de la mort que de punitions éternelles.

Il n'y a pas à discuter ce fait qui existe. que rien ne pourra détruire ; il est préférable de compter avec lui et de l'utiliser pour la bonne cause.

Le médecin gardera donc ses belles prérogatives et continuera sa lutte pour le bien de chacun et pour celui de l'humanité. Il y a plus à attendre de l'action individuelle du médecin que des règlements si longs à bien préparer et si difficiles à bien appliquer. C'est par cette action constante, continue, permanente, dans son cabinet, au sein des familles, dans la salle de conférences, dans l'école, dans la presse, dans les assemblées, que le médecin atteindra le plus rapidement et le plus sûrement le but vers lequel doit tendre sa mission sociale. Cette mission est facilitée par la nature même de la profession. Recherché partout, faisant partie de tous les milieux et non renfermé dans un milieu spécial, les facultés et les moyens de propagande du médecin sont d'une puissance considérable. Il les mettra à profit dans l'intérêt supérieur de la Société et de l'Humanité. N'est-il pas le plus digne d'être écouté, l'homme (et nous croyons que le médecin est le seul) dont la conscience est victorieusement soumise du matin au soir et du soir au matin à des épreuves continuelles ?

Donc, jusqu'ici, à l'aide de l'hygiène, de la science, des nouvelles et récentes découvertes, le médecin a gagné du terrain. Cela se traduit (comme nous l'avons déjà dit), cela est rendu palpable par l'élévation de la durée moyenne de la vie, mais n'y a-t-il pas lieu de craindre que ces résultats ne soient contre-balancés, atténués ou perdus par les calculs particuliers, par l'intempérance plus ou moins inconsciente, par l'abaissement du chiffre des naissances ?...

Quoi qu'il en soit, le médecin, agent de civilisation de premier rang, ne renoncera pas à la lutte, il ne faiblira pas, il ne faillira pas, à son mandat, tant qu'il lui restera à prêcher contre l'alcoolisme, le plus grand fléau des races, et contre le malthusianisme, le fléau des peuples civilisés.

Dr Courgey.

L'éligibilité aux Conseils généraux et Conseils d'arrondissement des médecins inspecteurs des enfants du premier âge.

Plusieurs confrères, chargés du service d'inspection des enfants du premier âge, et candidats aux Conseils généraux ou aux Conseils d'arrondissement pour le 31 juillet prochain, se voient combattus à l'aide de cette interprétation de la loi du 10 août 1871, *qu'il y a incompatibilité entre leur fonction et le mandat électif* (article 8).

Consultés par eux, nous avons tenu à nous renseigner aux sources officielles et à connaître à ce sujet la jurisprudence du Ministère de l'Intérieur. Elle vient de nous être adressée en ces termes :

Dans l'espèce, il faudrait une décision du Législateur pour *régulariser le cumul*. L'incompatibilité résulte des principes généraux du droit ; c'est pourquoi il a fallu un texte spécial pour la faire disparaître en matière d'assistance médicale gratuite. Il est vrai qu'*en fait* les médecins inspecteurs, conseillers généraux, sont nombreux et que jamais l'administration ne leur a cherché querelle à ce sujet ; mais on est à la merci de la jurisprudence contentieuse.

Nous dirons donc maintenant, en toute sécurité, aux intéressés :

1° Que le cumul soit ou non régulier, laissez-vous nommer, car votre présence est utile dans les Conseils d'arrondissement et de département. Vous êtes éligibles (arrêt du conseil d'Etat du 3 décembre 1886) ; profitez de votre droit.

2° Est-il à craindre que, le lendemain, vous soyez mis en demeure d'opter entre la fonction et le mandat ?

Non, parce que l'Administration ne l'a encore jamais fait, et parce que, comme il est dit ci-dessus, le législateur a, depuis la loi Roussel, indiqué très clairement son intention dans des cas analogues.

Ecoutons, en effet, ce que dit une circulaire ministérielle du 18 mai 1894, à propos de la loi d'assistance médicale gratuite de 1893 :

Article 34.

Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Cette disposition est motivée par des raisons analogues à celles qui ont inspiré le dernier alinéa de l'article 33 de la loi municipale du 5 avril 1884 : « peuvent être élus conseillers municipaux les agents salariés de la commune, qui, étant fonctionnaires publics ou exerçant une profession indépendante, ne reçoivent une *indemnité* de la commune *qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession.* »

Un arrêt du conseil d'État, du 8 février 1884, a décidé que le médecin cantonal, jouissant d'un traitement inscrit au budget départemental et qui n'a pas renoncé à cette rétribution, se trouvait dans l'un des cas d'incompatibilité prévu par l'article 10 de la loi du 10 août 1871.

Le législateur a voulu éviter que le nouveau service se trouvât privé du concours précieux de praticiens qui eussent peut-être hésité à renoncer à leur mandat électif.

Si telles sont depuis longtemps les dispositions de l'Administration, d'où peut nous venir l'ap-

pel redouté devant une jurisprudence contentieuse ? Nous ne le voyons pas, et proposons par conséquent de passer outre, en continuant de marcher sur la foi des traités.

Un autre écho du Ministère de l'Intérieur nous a d'ailleurs appris que les agents salariés qui tombent sous le coup de l'incompatibilité prévue à ce fameux article 8, sont exclusivement, d'après le Conseil d'Etat, ceux qui touchent un *traitement fixe* inscrit au budget départemental, et non les médecins qui, en vertu de l'article 15 du règlement d'application de la loi Roussel, *reçoivent*, A TITRE D'HONORAIRES, *des émoluments fixés par le Ministre, sur la proposition du Préfet après avis du Conseil général.*

On voit que cette interprétation présente la plus parfaite analogie avec la disposition inscrite dans la loi municipale, à la fin de l'article 33. Elle permet donc de préjuger, en quelque sorte, des conclusions que formulerait la section du contentieux au Conseil d'Etat, si elle était consultée.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Appréciation du taux des honoraires.

Tribunal de Liège (1re *Chambre*, 22 *Février* 1896).

La magistrature belge semble apporter, dans la détermination des honoraires dus au médecin, la même fantaisie que la magistrature française. Qu'on en juge par ce récit emprunté au *Scalpel* :

Un médecin réclamait au légataire d'une dame, 5,900 fr. pour soins donnés à la défunte durant sa dernière maladie (6 mois). Pour justifier ce prix, le médecin invoquait : 1° le nombre considérable de ses visites qu'il faisait plusieurs fois par jour et à heure fixe et parfois la nuit ; 2° la longue durée de ces visites qu'il expliquait par l'état grave dans lequel se trouvait la malade dès le commencement de sa maladie et par les dernières opérations auxquelles il avait successivement ou simultanément procédé ; 3° des séances d'électrisation, des pansements, des cautérisations du pharynx, des manipulations et applications de remèdes par lui-même ; 4° des veillées et des services qu'il a rendus après le décès en vue de la disposition de la maison mortuaire, de la confection de lettres de faire part et de l'organisation des funérailles ; 5° les rapports qu'il a faits auprès de confrères qui ont eu avec lui des consultations à quatres reprises différentes.

Le légataire offrait au médecin une somme de 1500 fr. Le tribunal a jugé cette offre satisfactoire par les motifs suivants :

En ce qui concerne le nombre et l'heure des visites, rien n'obligeait le médecin de faire ses visites périodiquement aux mêmes heures ; puisque sa malade et lui habitaient la même commune à peu de distance l'un de l'autre et que la défunte devait garder la chambre.

Quant à la gravité de la maladie — qui n'est pas contestée — le tribunal admet qu'il faut en tenir compte au point de vue de la fixation des honoraires, mais que, d'autre part, il faut tenir compte aussi de ce fait que le demandeur a eu recours à trois consultations — ce qui a facilité sa tâche et diminué sa responsabilité — et enfin, de ce que la maladie devait avoir inévitablement une issue fatale.

Quant aux séances d'électrisation, pansements, etc., le tribunal reconnaît que le demandeur a fait preuve de beaucoup de dévouement, mais il importe, dit-il, de considérer que la malade était assistée par une ou deux garde-malades ; que les soins spéciaux donnés par le demandeur ne sortent pas des devoirs habituels des médecins ; qu'enfin, si le demandeur a donné divers soins rentrant dans le service habituel des garde-malades, le chiffre de la rémunération réclamée est considérablement exagéré. Qu'au surplus, les moyens employés par le demandeur pour combattre la maladie ne comportaient en eux-mêmes aucune difficulté d'exécution. Le tribunal constate en outre que le demandeur est médecin de campagne et ne jouit d'aucune notoriété spéciale.

Quant aux services rendus après le décès pour l'organisation des funérailles et l'envoi de lettres de faire part, ces services sont d'habitude gratuits.

Exercice illégal de la médecine par une sage-femme.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DU HAVRE

Jugement du 16 *Mai* 1898.

Entre Monsieur le Procureur de la République poursuivant et X. femme Y.

Motifs.

Vu les articles 4, 16 et 1, 18 de la loi du 30 novembre 1892, dont lecture a été faite par le Président.

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que la prévenue, sage-femme à Paris, a depuis longtemps ouvert au Havre, 21, rue de Fécamp, un cabinet de consultations où il est notoire qu'elle traite les maladies des femmes.

Attendu qu'à cet égard la prévenue, dans des cartes imprimées destinées à être distribuées, a pris expressément soin de se recommander au public comme s'occupant spécialement de ce traitement, en négligeant même de prendre le titre de sage-femme, le seul qui lui appartienne légalement.

Attendu, d'ailleurs, que l'information a révélé que depuis de nombreuses années et jusqu'au jour de la poursuite, la dame X. a, chaque semaine, en se faisant généralement payer 10 francs par visite, reçu et consulté des femmes qui souffraient de maladies diverses et principalement de tumeurs graves dans l'utérus ou ses annexes ; qu'elle les a palpées, examinées au spéculum, pansées, cautérisées ; qu'elle a diagnostiqué le genre de leur affection et le plus souvent les a conduites auprès d'un docteur en renom qui leur a fait subir une opération chirurgicale.

Attendu que dans un certain nombre de cas, la prévenue a rédigé elle-même et signé des ordonnances et prescrit des médicaments comme un docteur en médecine aurait pu le faire.

Attendu, que la prévenue, loin de méconnaître les faits qui lui sont reprochés, confirme à peu près complètement les dépositions des témoins, mais qu'elle allègue n'avoir point outrepassé son droit.

Attendu que sans prétendre avoir dans les divers cas relevés, exercé à proprement parler sa profession de sage-femme qui ne lui donne que le droit de pratiquer l'art des accouchements, elle soutient : primo, qu'elle n'a agi que comme toute personne ayant l'habitude de soigner des malades aurait pu le faire et secundo, qu'elle n'a fait qu'exécuter de point en point les prescriptions du chirurgien qui avait en elle la plus grande confiance.

Attendu que le premier moyen de défense ne peut être pris au sérieux en presence des faits précis et caractérisés établis par la prévention.

Attendu, sur le second point, que, quelles que fussent les aptitudes et l'habileté de la prévenue, la confiance dont pouvait l'honorer le chirurgien, chez lequel elle conduisait la plupart de ses clientes ne pouvait lui donner le droit de faire des actes réservés aux médecins ; que le diplôme seul confère à ceux qui en sont munis le droit d'exercer la médecine.

Attendu que le délit reproché à la dame X. est donc bien établi.

Attendu, quant à l'application de la peine, qu'il

y a lieu de tenir compte du grand nombre de faits délictueux commis par la prévenue.

Par ces motifs, le Tribunal déclare la dame Y. née X., coupable d'avoir au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales et ce alors qu'elle n'était munie d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé et n'était point dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la loi du 30 novembre 1892. En conséquence, la condamne à deux cents francs d'amende et aux dépens.

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat médical du Morbihan.

Présidence de M. le Dr Closmadeuc.

Prennent place au bureau :

Le Dr Jardin, *secrétaire* ; le Dr Le Toux, *trésorier*.

Etaient présents :

Les docteurs Audic, de Vannes ; Bayou, de Questembert ; Bourdais, d'Auray ; de Closmadeuc, de Vannes ; Cornet, de Locminé ; Cornudet, de la Roche-Bernard ; Cousyn, de Lorient ; Delord, fils, de Baud ; Eonnet, d'Auray ; Flandrois, de Lorient ; Gaboriaux, de Groix ; Gicquel, de Vannes ; Guillevin, d'Hennebont ; Jardin, d'Auray ; Lassime, de Port-Louis ; Lefur, de Pontivy ; Le Joubioux, de Baud ; Le Toux, de Vannes ; Martin, de Vannes ; Richard, de Guémené ; Roux, de Lorient.

La séance est ouverte à midi et demi, dans une salle de l'Hôtel du Pavillon, après un banquet qui avait réuni les Membres du Syndicat et les Membres de l'Association de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France, dont la réunion avait eu lieu le même jour à dix heures du matin.

Le secrétaire donne lecture de lettres de plusieurs confrères, qui s'excusent et regrettent de ne pas assister à la réunion.

Allocution du Président.

Messieurs et chers Collègues,

En ouvrant la séance, si je me réjouis toujours de me rencontrer au milieu de vous, je ne puis cependant m'empêcher, chaque fois, de faire un retour en arrière.

Je me revois, par la pensée, en 1858, jeune docteur de 29 ans, possesseur d'un diplôme qui n'avait que trois ans de date,— fondant avec une soixantaine de confrères, la *Société Médico-Pharmaceutique du Morbihan*.— Mon Dieu ! comme ce temps est loin de nous ! —

Je me revois, en 1861, tenant la plume de secrétaire, à la réunion du 3 juillet, qui a décidé notre annexion à l'Association générale des médecins de France.

Je me revois plus tard, pendant plusieurs années, votre Président, honoré de vos suffrages ; et entretenant avec vous tous les plus amicales relations.

De ceux qui étaient nos collègues, en 1861, combien en reste-t-il aujourd'hui, affiliés à notre syndicat !

Demandez-le aux survivants, à mes vieux et chers amis : Fatou, *de Lorient*.— Delord, *de Baud*.— Goupil, *de Ploërmel*.— Champennois, *de Guémené* et Boucher, *de Carentoir*.

Nous restons 6 de 45 que nous étions en 1861. 36 nous ont quittés, après avoir consacré et usé leur vie, dans l'exercice d'une profession, dont les profits ne sont malheureusement pas proportionnés aux services qu'elle rend.

Aujourd'hui, comme l'année dernière, je me retrouve encore au milieu de vous, au fauteuil de la Présidence d'une société syndicale, qui est jeune, puisqu'elle n'a que 3 ans d'âge.

Est-ce que vous ne pensez pas, mes chers collègues, que l'heure de la retraite a sonné pour moi et que la présidence d'un syndicat appartient à un plus jeune ?

Je l'ai si bien senti que, rompant avec les précédents, j'ai prié le confrère Jardin, notre secrétaire, de vouloir bien se charger de vous faire le compte rendu détaillé de ce qui s'est passé depuis notre dernière réunion.

Assistance médicale.

Je me contenterai de vous rappeler que, le 28 juillet de l'année dernière, vous avez, pour la 3e fois, affirmé votre indépendance, en votant à l'unanimité, la délibération suivante :

Le syndicat *réuni en assemblée générale* maintient sa ferme *résolution de rejeter le système de l'abonnement : et persiste à réclamer pour le Morbihan l'institution de l'assistance médicale d'après le système Vosgien, le seul vraiment libéral qui assure l'indépendance des malades et des médecins.*

Depuis lors, on a bien cherché à rompre le faisceau. On a essayé de détacher de nous quelques-uns de nos collègues, par des démarches, qui ont échoué. C'est le seul succès qu'elles méritaient.

Récemment encore, vous avez reçu par la poste et individuellement, un exemplaire sous bande d'un nouveau Règlement, remanié et corrigé sans vous et en dehors de vous.

Cette fois, on ne vous invite même pas à y adhérer ; toute liberté est donc rendue à ceux qui un peu par surprise, avaient accueilli favorablement les règlements, qui n'étaient pas viables.

Chacun de vous a eu le loisir de prendre connaissance de la brochure. Notre honorable secrétaire vous en fera, tout à l'heure, l'analyse critique.

Si le règlement nouveau ne vous paraît pas plus acceptable que les autres, vous avez le droit de le dire hautement.

Quant vous aurez acquis la conviction que ce mode d'application de la loi, tel que la brochure vous le présente, est préjudiciable aux intérêts des malades assistés, comme à ceux du corps médical, — qui donc aura le pouvoir de vous forcer à devenir les instruments passifs d'une réglementation incomplète et défectueuse de l'assistance médico-pharmaceutique, dans notre département ?

Il serait par trop étrange que des trois personnalités en cause : l'administration — le malade, — et le médecin, ce dernier seul supporterait le fardeau, et serait condamné à être la dupe et la victime des deux autres.

Ici, j'ouvre une parenthèse.

Ce n'est pas sans quelque hésitation que je vous signale une ombre dans le tableau du Syndicat.

Trois de nos honorables confrères d'un chef-lieu d'arrondissement ont cru devoir, sans nous consulter par avance, adresser leur démission, pour des motifs tout personnels, qui ne gagneraient pas à être divulgués.

Nos confrères démissionnaires ne m'en voudront certainement pas, parce que je vous aurai appris que leurs raisons ne m'ont pas paru suffisamment sérieuses ni justes et que je leur en ai exprimé franchement mon opinion. J'aime à croire qu'ils regrettent aujourd'hui d'avoir cédé à un premier mouvement, et je conserve l'espoir de les voir revenir à nous.

Je termine par une réflexion et un conseil.

La profession médicale, particulièrement dans le Morbihan, traverse une crise pénible. La situation vous la connaissez comme moi.

Nous sommes tous d'accord sur le but que nous

poursuivons et sur la nature des obstacles qu'il faudra surmonter.

Nous ne pouvons triompher qu'à une condition : ne pas nous séparer. Le Syndicat est un lien, c'est aussi une arme que nous emploierons au moment opportun. Guidons-nous donc sur la vieille devise :

L'Union fait la Force.

Admissions.

Messieurs,

Le nombre des Médecins rattachés au Syndicat est à peu près ce qu'il était l'année derrière.

Trois nouveaux Confrères ont demandé à en faire partie.

MM. Genuit, de Tréal ; Le Même, de Sarzeau ; D. de S.-A. Après avoir reçu la demande de ce dernier, je lui avais écrit que sa candidatnre pourrait trouver des opposants. — « Vous passez, lui disais-je, à tort ou à raison, pour être l'auteur des articles anonymes publiés dans un journal de L., articles désobligeants pour le Syndicat et pour ses Membres. Vous passez de plus, pour avoir accepté les propositions de l'Administration, qui avaient été repoussées unanimement en Assemblée générale. »

A ces observations pourtant bien franches, et bien simples, M. D. n'a fait que des réponses évasives dans une correspondance qu'il m'a prié de tenir secrète, ce qui me dispense de vous en donner lecture.

Dans ces conditions, j'ai cru, ces jours-ci, qu'il convenait de lui demander, par lettre, si son intention était toujours que je soumette sa candidature au vote de l'assemblée. Voici sa reponse :

Monsieur et honoré Président,

J'ai l'honneur de vous confirmer ma demande d'entrée dans le Syndicat des médecins du Morbihan.

Veuillez agréer... Signé : Dr D.

Avant de donner la parole au Secrétaire, le President met aux voix l'admission des trois confrères qui en ont fait la demande. Les Docteurs Génuit, de Tréal et Le Même, de Sarzeau, sont admis, mais la candidature du Dr D. soulève de nombreuses protestations. La lettre anonyme, publiée dans le Journal de L. et à laquelle le Président a fait allusion dans son discours, contenait, en effet, à côté d'erreurs, relevées du reste, aussitôt que produites, des attaques violentes contre le Syndicat du Morbihan.

La rumeur publique ainsi que les indiscrétions qui désignent le docteur D. comme l'auteur de cette lettre, ne pouvant constituer une preuve suffisante pour incriminer un confrère, le Président l'avait prié, dans son intérêt, de désavouer l'article, le Dr D. a répondu par des faux fuyants et s'est dérobé.

— On a fait ensuite circuler dans l'assemblée une carte de visite imprimée et une brochure du Dr D., qui ont permis à chacun de se faire une opinion sur l'attitude incorrecte de leur auteur au point de vue déontologique.

— Dans ces conditions la demande d'admission du Dr D. a été rejetée à l'unanimité, et un ordre du jour confirmatif a été voté, et sera inséré au registre des délibérations du Syndicat.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française. — Le secrétaire général de l'*Association de la Presse Médicale* avait demandé à M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 :

1° De délivrer, aussitôt que faire se pourrait, des *Cartes d'entrée sur les chantiers de l'Exposition*, aux membres de l'Association de la Presse Médicale qui en feraient la demande expresse.

2° De délivrer, dès l'ouverture de l'Exposition de 1900, des *Cartes d'entrée à l'Exposition* à tous les Membres de cette Association.

3° De vouloir bien réserver à ladite Association un Local spécial dans l'enceinte de l'Exposition, soit au Pavillon de la Presse, soit dans le Palais du Congrès, local où elle pourrait recevoir les Médecins et Savants étrangers.

M. le Commissaire général, par l'entremise de M. Gilles de la Tourette, médecin en chef de l'Exposition, a répondu au Président, M. le Dr Cornil :

1° M. le Secrétaire de l'*Association* enverra au Commissariat général la liste des membres de l'Association. — Ceux d'entr'eux, qui seraient désireux *de visiter les Chantiers*, voudront bien se rendre au Commissariat, où M. le Secrétaire général leur délivrera un permis de visiter. Munis de ce permis, ils se présenteront à l'un des postes médicaux de l'Exposition, où le médecin en chef mettra à leur disposition un interne pour la visite des Chantiers.

Le permis de visiter ne sera valable que pour la journée.

2° En ce qui concerne les autres questions, il sera répondu lors de l'attribution générale des Cartes d'entrée, l'Exposition étant ouverte, et lorsque la distribution des locaux du Palais des Congrès aura été faite.

Le secrétaire général :

Marcel Baudouin.

Concours de médecins des hôpitaux. — Encore des félicitations à adresser à nos anciens collaborateurs ! Agréable tâche dont nous ne nous fatiguerons jamais.

M. le Dr Thiroloix, dont nos lecteurs n'ont pas oublié les savants articles, vient d'être nommé médecin des hopitaux de Paris, à la suite du dernier concours.

Cours payants officiels à la Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur agrégé Hartmann vient de faire adopter par le Conseil de la Faculté et par celui de l'Université la création d'un cours payant de médecine opératoire.

Les accoucheurs vont organiser, paraît-il, quelque chose d'analogue, et dans toutes les branches le mouvement suivra.

Chaque élève inscrit payera 50 fr. par cours suivi. Nous applaudissons d'autant plus à cette mesure que nous l'avons réclamée depuis longtemps : les agrégés sont faits pour l'enseignement d'abord, pour la clientèle ensuite, et le moins possible.

Mais ira-t-on jusqu'à la conséquence logique de l'initiative prise ? *Les cours seront-ils faits par des agrégés* ? Si oui, saluons le progrès ; sinon, constatons qu'il y a simple consécration officielle de ce que pratiquaient depuis longtemps les prosecteurs, un peu sous le manteau, et, dans ce dernier cas, modérons notre enthousiasme. Il y aura, comme par le passé, possibilité de s'instruire quand on est étudiant ; mais une fois reçu docteur, on se heurtera, comme par le passé, aussi, à une certaine monopolisation des clients par les élus des concours.

Et dès lors ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4291. — M. le docteur Rivet, d'Angers (Maine-et-Loire), présenté par M. le docteur Jeanne, de Meulan.

N° 4292. — M. le docteur Perrault, de Nueil-sous-les-Aubiers (Vendée), présenté par M. le docteur Moreau, de Châtillon-sur-Sèvres.

Le Directeur-Gérant : A. GÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 31 30 JUILLET 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Vacances et remplacements.

Voici l'heure où quelques-uns d'entre nous entrent en vacances.

Tous ceux-là ne le font pas de leur plein gré, disons-le bien vite pour la consolation des médecins qui restent attachés à la glèbe. Souvent, en effet, c'est la clientèle qui a commencé, et nous savons plus d'une famille médicale qui ne demande *aux petits trous pas cher*, que de la faire vivre à bon marché pendant la morte saison.

On pourrait croire que le départ est alors une suspension de tout souci. C'est vrai pour d'autres, fonctionnaires, magistrats, et certains privilégiés de la société : ce n'est pas exact pour le médecin.

Le public accepte difficilement que nous ayons droit au repos comme lui-même : l'ouvrier peut chômer, le médecin ne le doit pas.

Conclusion : nous ne partirons pas sans avoir pourvu aux exigences de la santé publique en confiant notre rôle à un confrère.

Mais lequel choisir ? Un voisin, c'est-à-dire un rival ? S'il est très occupé, on lui demanderait l'impossible ; s'il ne l'est pas, il voudra peut-être le devenir à nos dépens.

Nous prendrons donc, pour cette absence de quelque durée, un *alter ego* qui sera bien à nous, et, comptant sur lui, nous dormirons sur les deux oreilles, sous le toit champêtre où nous attendent d'imaginaires délices.

Illusion ! chimère ! — Le remplaçant arrive. On lui présente les malades à suivre. Ceux-ci en ont conclu qu'on le leur présentait, et, d'accord avec l'entourage, se livrent, à votre oreille, à une débauche d'appréciations aussi sangrenues qu'incompétentes. Trop vieux ou trop jeune, pas d'assurance ou trop d'aplomb, négligé dans sa tenue, bavard ou pas assez communicatif, brutal ou timide, etc.... Refrain : « Docteur il faut que nous soyons avec lui *comme avec vous*, sans cela.... »

On voit que c'est très facile de se faire remplacer au gré et au caprice de sa clientèle !

Aussi, pour partir, on fait provision de volonté et de philosophie, et l'on se dit : « Après tout, mon confrère a le savoir, l'activité, la conscience et le tact ; je ne dois rien de plus à ceux qui m'ont confié la charge de leur santé ; et je m'en vais. »

Et l'on a bien raison, car l'esclavage a des bornes. Il faut imposer celles-ci aux gens qui abusent de notre éternelle complaisance.

Le choix d'un bon remplaçant est notre seule obligation légitime à la veille d'une absence importante.

Nous dirons prochainement quelles qualités il convient de lui demander en général, et en même temps quels égards il mérite d'avance.

Et nous resterons ainsi dans l'actualité caniculaire !

LA SEMAINE MEDICALE

L'ostéomyélite suraiguë.

M. le Dr *Dupin* vient d'étudier dans sa thèse un certain nombre d'observations d'ostéomyélites très graves dans lesquelles l'intensité et la variété des phénomènes généraux rendaient le diagnostic assez obscur au début pour qu'on ait pu songer à des méningites, à des fièvres typhoïdes, à du rhumatisme suraigu.

Nous avons observé nous-même un cas de ce genre, qui éveillait l'idée du rhumatisme aigu à localisation méningée, survenant, comme phénomène métastatique, après poussée rhumatismale du poignet, d'un genou, de l'articulation coxo-fémorale, et des deux tibio-tarsiennes, masquées en quelque sorte par les symptômes généraux.

Le tableau symptomatologique est très chargé, et hors de proportion avec la localisation qui sera mise plus tard en évidence. Température très élevée, excitation cérébrale considérable, cris, délire, convulsions, hyperesthésie généralisée, soubresauts musculaires, facies grippé, etc., etc...

Dès que la douleur peut être étudiée, on arrive à se rendre compte qu'elle siège à l'extrémité de la diaphyse et non au niveau de la surface articulaire, ce qui permet de rectifier le diagnostic, et de prévoir l'abcès au devant duquel il convient d'aller.

C'est la seule ressource thérapeutique qui puisse atténuer la gravité du pronostic de cette forme heureusement assez rare de l'ostéomyélite.

Le traitement de l'excitation cérébrale chez les enfants.

M. le Dr Comby expose en ces termes la méthode qu'il emploie contre cet état nerveux de l'enfance, qui n'est pas sans inspirer souvent de vives craintes :

1° Chez les nourrissons excités et bruyants, l'hygiène alimentaire étant d'ailleurs bien réglée, on se bornera à prescrire : la vie au grand air le plus possible, promenades au moins deux fois par jour ; des bains tièdes (34° et 35°) de 5 à 10 minutes, deux fois par jour.

Si l'enfant dort mal, on donnera le bain avant le coucher, le soir vers 8 ou 9 heures, pendant 15 à 20 minutes, pour détendre les nerfs et favoriser le sommeil.

Si l'agitation persiste ou augmente, on pourra avoir recours aux affusions froides, courtes et suivies de massage, et surtout au drap mouillé (drap trempé dans l'eau à 15°, tordu, enroulé autour de l'enfant pendant une heure, avec couverture par-dessus) ; le drap mouillé peut être répété 2, 3, 4, 5 fois par jour. Quand l'enfant commence à reconnaître son entourage, à parler, à s'intéresser à ce qu'il entend, M. Comby recommande de ne pas jouer avec lui, de ne pas trop le provoquer, de ne demander à son cerveau faible et irritable aucun effort, aucune fatigue ; il insiste pour que les visites soient supprimées et pour que l'enfant ne voie pas autour de lui trop de visages nouveaux.

2° Après le sevrage et dans la seconde enfance, la règle de conduite est la même. Les bains, le drap mouillé continueront à être employés. Déjà on pourra essayer les frictions sèches ou stimulantes (baume de Fioravanti) de la peau, les douches froides très courtes. Les repas seront bien réglés et rares (3 par jour) ; la plus grande sobriété est de rigueur ; pas de vin, de café, de thé, de mets épicés, sucrés, vinaigrés, etc. La vie au grand air s'impose, la campagne a des effets sédatifs manifestes : certaines stations (Bagnères-de-Bigorre), les altitudes moyennes des Alpes ou des Pyrénées peuvent être conseillées. Les bains de mer et même le séjour sur les plages du Nord et de la Manche seront interdits. On demandera peu de travail aux enfants excités, on se gardera de surmener leur cerveau. On veillera sur leurs jeux et sur toutes leurs occupations.

Ils ne veilleront jamais, se coucheront de bonne heure et n'iront pas au spectacle. On ne leur fera pas de contes effrayants.

Le fonctionnement du tube digestif sera surveillé de très près ; la constipation sera prévenue ou combattue par un bon régime alimentaire, par quelques laxatifs, par des lavements glycérinés.

3° Les médicaments, le bromure de potassium

FEUILLETON

Favete linguis !

Il n'y a pas à se le dissimuler, les médecins sont les premiers artisans de leurs maux, les principaux auteurs de la déconsidération qui les mine et les amoindrit.

Les langues intempérantes font surtout des ravages incalculables dans les réunions mondaines, à l'heure du havane et du moka.

Les plus malins, entraînés par l'influence capiteuse d'une chère de choix, éprouvent le besoin de se dépenser, de faire de l'esprit et de briller au détriment du voisin. Leur mémoire devenue expansive, dans l'abandon de l'intimité masculine, dans le bien-être attiédi des portes closes, s'empresse d'éjaculer quantité d'anecdotes, destinées à donner le coup de grâce à un concurrent et à poser le narrateur; mais, en réalité, ces saillies plus ou moins fraîches se retournent fatalement contre la profession.

Il se trouve toujours dans l'assemblée quelque journaleux, prompt à ramasser vos bouts de cigare et à les étaler ensuite dans quelque gazette. Ou bien, c'est un convaincu que votre ironie déconcerte et qui perd à ce jeu la confiance aveugle, qui l'avait soutenu jusque là.

Dans une réunion récente, où j'étais convié, un confrère venait de conseiller une formule thérapeutique à un de ses collègues. Ce dernier lui répondit en haussant les épaules et en souriant dédaigneusement : Ça, c'est bon pour nos malades !

Ce simple petit trait est bien peu de chose et aurait dû passer inaperçu. Il n'en fut rien. — Plusieurs des assistants se regardèrent d'un œil significatif, où l'étonnement et l'indignation entraient pour une bonne part. Ah ! c'est comme ça qu'on nous traite, semblaient-ils se dire. Ces messieurs n'accordent donc aucun crédit à leurs panacées ? Ah ! je n'irai pas le consulter de si tôt et dès demain je renonce à prendre la potion qui m'avait été prescrite.

Leur amertume et leurs ricanements n'étaient-ils pas un peu justifiés ?

Dans une autre circonstance, le nom de Péan ayant été prononcé, un médecin présent en profita pour faire une violente sortie contre certaines tendances commerciales, qui ont fait beaucoup trop d'adeptes. A l'entendre, presque tous les chirurgiens et spécialistes sacrifieraient à ces louches pratiques, tout à fait en désaccord avec les traditions de désintéressement du corps médical français.

Notre Juvénal avait certainement raison, en principe de prostester contre la petite commission, le sou du franc, et le rabatage intéressé ; mais l'endroit

en particulier, ne seront prescrits que très exceptionnellement. Si l'insomnie est invincible, on pourra donner un peu de bromure ou mieux du trional, du tétronal (25 centigrammes le soir) ; quelquefois l'antipyrine (25 à 50 centigrammes en une fois).

L'allaitement pendant la grossesse.

Pendant très longtemps, le public et les médecins ont professé le préjugé que la femme enceinte ne devait pas continuer d'allaiter son nourrisson. En d'autres termes, on admettait que, quand la femme était nourrice et qu'elle devenait enceinte, elle ne donnait plus que de mauvais lait à son enfant ; il fallait alors ou sevrer cet enfant ou lui donner une autre nourrice.

Mais, dès 1890, M. Poirier, dans sa thèse inaugurale, et, plus récemment, le professeur Budin, dans son livre *Femmes en couches et nouveau-nés*, ont réduit à néant ce préjugé et ont montré que, dans la grande majorité des cas, la grossesse survenant chez une nourrice n'était nullement une contre-indication à la continuation de l'allaitement.

M. *Capart*, dans sa thèse, défend la même opinion. Les exemples fournis par les femelles d'animaux domestiques permettent d'affirmer qu'il n'y a pas incompatibilité entre la grossesse et un bon allaitement. Les modifications du lait chez les femelles pleines sont peu importantes. Le phosphate de chaux du lait diminue à peine. Le lait, qui provient d'une vache pleine de six mois, est même plus riche que le lait d'une vache non pleine.

Chez la femme, la grossesse n'amène sur la sécrétion lactée que des modifications chimiques peu importantes et il n'y a lieu de retenir que la diminution dans la quantité de lait qui est rarement considérable.

A moins de circonstances exceptionnelles ; l'allaitement au sein peut être continué lorsque survient une nouvelle grossesse. Dans tous les cas où le sevrage de l'enfant doit être différé (en particulier pendant les fortes chaleurs), le nourrisson a tout à gagner à continuer à être allaité par sa mère, même enceinte.

Dans les mêmes cas, si la sécrétion est notablement diminuée, il y a encore intérêt pour le nourrisson à ce qu'on ne cesse pas l'allaitement au sein et qu'on ait recours à l'allaitement mixte. La mère non malade et suivant une hygiène suffisante n'a jamais à souffrir de la coïncidence d'une grossesse et d'un allaitement au sein.

L'enfant qui se développe dans l'utérus, pendant que sa mère en nourrit un autre, vient au monde à terme, avec un bon état physique et un poids normal.

MÉDECINE PRATIQUE

De quelques associations morbides.

La liste des associations morbides serait interminable à dresser.

Nous ne voulons parler que des associations de fièvres éruptives qui s'observent assez fréquemment.

Des observations en ont été publiées par Bez (1883) et par Comby (1889...1896).

Le docteur Szczypiorski (de Longwy), dans la *Gazette des Hôpitaux* (15 juin 1895), sous le titre : *Coexistence de la varicelle et de la rougeole chez le même individu*, publie cinq observations prises en pleine épidémie de rougeole et de varicelle, où la varicelle apparaît constamment la première. Elle n'était pas terminée que la rougeole se manifestait déjà. Tous les malades ont guéri.

Dans ces circonstances, il y a lieu de différencier la varicelle coexistant avec la rougeole, d'avec la varicelle exanthématiforme, c'est-à-

---

était mal choisi ; cette nouvelle Saint-Barthélemy d'hérétiques ne fut pas plus heureuse que la première ; elle n'eut d'autre résultat que d'éveiller les suspicions latentes et de porter en bloc un préjudice moral à notre considération.

Je fis mon possible pour donner un autre cours à la conversation et atténuer la portée de cet aveu ; mais le mal était déjà fait et a eu même des conséquences bien imprévues, qu'il serait trop long de rapporter.

Qu'il me suffise de dire qu'une des personnes présentes, chez laquelle une opération était devenue urgente et acceptée en principe, a refusé, à la suite de ces propos, toute intervention chirurgicale et est morte du reste peu après, du fait même de son entêtement.

C'est une réédition en petit de la terreur générale qui s'était emparée des populations, à la suite de l'affaire Boisleux-La Jarrige. Les *gynécologistes* les plus expérimentés eurent consécutivement de pénibles loisirs et s'en ressentent même encore.

On ne saurait trop se tenir en garde contre les curieux et les indiscrets, qui s'efforcent de faire jaser le médecin, soit pour lui soustraire une consultation, sans bourse délier, soit pour le pousser sur la pente des indiscrétions.

Au lieu de critiquer à tort ou à travers, de tourner en ridicule les erreurs de diagnostic du voisin ou même des membres les plus respectés de l'école et de l'académie, au lieu de rire bêtement de la versatilité scientifique des gros bonnets de la profession il serait beaucoup plus raisonnable de jouer au sphinx, de garder une réserve prudente, ou de n'aborder que des sujets étrangers à notre art.

Comment, vous n'en avez pas assez de tourner toujours dans le même cercle, durant les 365 jours de l'année ? Mais, profitez donc de l'occasion pour déposer le bât, pour parler d'autre chose que de votre pratique habituelle. On dirait vraiment qu'en dehors de votre milieu, il n'existe plus rien, ou que vous ne savez rien apercevoir.

Une fois qu'ils ont fait leurs prescriptions à leurs malades, ou quitté leur cabinet, les médecins devraient secouer les ailes de leur esprit et diriger leur vol vers d'autres parages, dans une atmosphère plus sereine, plus reposante.

Que ceux qui ont la dent acerbe, après avoir festoyé, prennent de bonnes résolutions, avant de franchir le seuil des demeures hospitalières, où ils sont accueillis. Qu'ils s'engagent à ne pas égayer la galerie, au détriment de la corporation. Leur réputation y gagnera et le prestige des nôtres n'en sera pas obnubilé.

C'est une idée fixe chez moi, depuis des années, de prêcher sans relâche en faveur de la solidarité, de la bonne entente ; or, jamais l'union ne fut plus nécessaire, jamais il n'y eut besoin plus urgent de se

dire avec rash scarlatiniforme, polymorphe ou morbilliforme, qui n'est pas très rare. Dans les rash de la varicelle, la durée n'est que de 24 à 48 heures, tandis que l'éruption de la rougeole a le double de durée. Le catarrhe oculo-nasal et bronchique est aussi plus accentué dans la rougeole.

Aux observations du Dr Szczypiorski, nous en ajouterons une personnelle presque en tous points semblable aux siennes.

I — Le 25 mai 1892, nous voyons l'enfant (Marie), âgée de cinq ans, rue Ledru-Rollin, 18, à I., et nous constatons nettement tous les caractères d'une rougeole en pleine période éruptive, et, simultanément, des pustules de varicelle à différents degrés d'évolution.

D'après les renseignements fournis par la mère, l'enfant était malade depuis environ cinq jours, et les boutons varicelleux s'étaient montrés à peu près depuis autant de temps.

Les deux éruptions se sont passées normalement et la guérison a eu lieu sans accident.

Le Docteur Comby (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 21 mai 1896) communique à la Société médicale des hôpitaux « une observation de varicelle chez un garçon de deux ans, convalescent de scarlatine; rash scarlatiniforme éphémère le second jour de l'éruption », et il ajoute qu'il présente cette observation pour faire suite aux quelques faits cités il y a cinq ans à la Société médicale des hôpitaux par Gaillard, Chauffard et quelques autres.

Les rash, ajoute M. Comby, sont rares dans la varicelle ; ils ne précèdent généralement pas l'éruption ; ils sont contemporains de cette éruption, et leur durée est très éphémère. (Voir aussi *Gazette des Hôpitaux*, 7 juillet 1896.)

Aux observations dont parle M. Comby, nous ajouterons la suivante qui nous est personnelle :

II — Le 1er décembre 1893, nous voyons l'enfant Jeanne, rue Molière, 26, vaccinée, non sevrée, âgée de 15 mois.

Elle présente une éruption de varicelle incontestable, qui vient de débuter.

Le 4 décembre, troisième jour de l'éruption de la varicelle, le corps de l'enfant, excepté le visage, est recouvert d'un rash ou d'une éruption scarlatiniforme, 39° de fièvre ; angine simple sans enduits pultacés.

Le 6 décembre, le rash a disparu.

Le 7, la langue de l'enfant est rouge et comme desquamée. Pas d'albumine. L'enfant guérit sans desquamation.

Nous croyons qu'il s'agit ici d'un rash scarlatiniforme, et pourtant nous conservons quelques doutes à cause de l'angine, de l'état de la langue, et parce que la mère de cette enfant est morte en avril 1893, dans la même maison, d'une fièvre scarlatine infectieuse. On ne désinfectait pas en 1893.

D'ailleurs, la contemporanéité de deux fièvres éruptives chez le même individu n'est point chose absolument rare.

L'observation de M. Comby (*Gazette des Hôpitaux*, 21 mai 1896) n'est-elle point déjà un fait de ce genre : convalescence de fièvre scarlatine, puis varicelle, puis rash scarlatiniforme ?

Ne voit-on pas souvent aussi une épidémie de scarlatine suivie de très près d'une épidémie de rougeole, ou inversement quand ces deux fièvres éruptives ne sont pas *simultanément* épidémiques ?

Ne sait-on pas combien parfois dans ces conditions il est difficile de porter le diagnostic, de distinguer une rougeole d'une scarlatine et réciproquement ?

N'y a-t-il pas souvent association des deux ?

Ne voit-on pas fréquemment des enfants avoir la rougeole et la scarlatine dans le même mois ? Nous avons vu les deux éruptions se faire chez le même malade à huit jours d'intervalle, la rougeole succédant à la scarlatine. Si, dans ce cas, il n'y a pas association proprement dite, il y a presque contemporanéité.

La varicelle, si contagieuse et si commune,

---

soutenir réciproquement, de chercher à consolider le piédestal si branlant d'Esculape.

Dans une très amusante allégorie, un de nos vieux auteurs, Andrieux, parle des propriétés merveilleuses d'un élixir « très commode et très agréable à prendre, qui réjouit les sens et l'esprit, procure un enivrement plein de charme, rend chacun content de soi-même et fait croire que les autres le sont aussi. »

Ce spécifique est le fameux *sciroppo de lusinga*, en bon français le sirop de flatterie, la meilleure des panacées pour toutes les faiblesses humaines : « Il fortifie l'âme abattue, détruit ou corrige ce qu'elle trouve de dur et d'amer dans la connaissance d'elle-même. Dès le première dose, il répand dans toute l'économie animale une chaleur bénigne qui accélère le cours des esprits, réjouit le cerveau, ranime la contenance et la physionomie. Le malade se sent guéri, de toute réflexion affligeante, de toute défiance injurieuse à son mérite ; il n'a plus qu'à jouir voluptueusement du spectacle de ses perfections. »

Le fameux docteur Papelardini, de la famille des adulanti, fit à l'époque des cures merveilleuses, entre autres celle d'un haut personnage, tourmenté d'inquiétudes et d'insomnies, ne se sentait plus assez de forces pour l'énorme fardeau dont il était chargé. Il lui offrit plusieurs flacons de son remède, en prononçant les mots de Lycurgue, de Solon, de Demosthènes. Le malade fut promptement rétabli, il ne tarda pas à avoir la meilleure opinion de lui-même, une confiance indéfinie de ses lumières et le pouvoir de son éloquence ; il devint même assez fort pour ne plus écouter personne et mépriser profondément quiconque n'était pas de son avis.

De nombreux cas de guérison, analogues à celui qui précède, sont rapportés dans l'ouvrage d'Andrieux.

Il s'agit donc d'une spécialité sérieuse, autrement énergique que beaucoup de juleps en vogue, qu'on prescrit à tort ou à travers. Je ne saurais trop recommander à nos amis du *Concours* d'en user subtilement, non seulement dans leurs relations confraternelles, mais encore dans leur clientèle.

Qu'ils se souviennent du conseil de Molière, dans l'Avare : « On n'a que faire d'avoir peur de trop charger la complaisance ; la manière dont on joue les hommes a beau être visible, les plus fins sont toujours de grandes dupes du côté de la flatterie ; et il n'y a rien de si impertinent et de si ridicule, qu'on ne fasse avaler, lorsqu'on l'assaisonne de louanges.

Conclusion et trêve de plaisanterie : On gagne toujours à être aimable et bienveillant ; les rapports médicaux pourraient devenir tout à fait charmants et profitables, avec un peu plus d'urbanité réciproque !

Dr Grellety (de Vichy).

coïncide pour ainsi dire avec toutes les autres maladies éruptives, même avec le vaccin, comme nous pourrions en fournir des observations

En outre, on ne remarque pas seulement la simultanéité des fièvres éruptives ou des éruptions, mais aussi la simultanéité des maladies infectieuses et des fièvres éruptives : — coexistence de la coqueluche et de la rougeole, — coexistence de la diphtérie et de la scarlatine, — coexistence de la diphtérie avec la rougeole, etc.

Pour en revenir aux fièvres éruptives, le vaccin étant une fièvre éruptive provoquée, il n'est point rare, de même qu'on l'a remarqué dans la varicelle, de voir l'éruption vaccinale suivie ou accompagnée de rash scarlatiniforme.

En voici quelques exemples :

III. — Le 21 mai 1895, nous vaccinons avec du vaccin de génisse, l'enfant St. (Léontine), âgée de quatre mois, demeurant rue Nationale, 60.

Le huitième jour de l'opération, un érythème scarlatiniforme, sans intervalle de peau saine, se développe aux joues, aux mains, aux pieds, puis dans le dos, aux bras, et aux épaules. Aux bras et aux épaules on pouvait penser à la lymphangite, mais il n'y en avait pas avant le début de l'éruption. — Une heure après notre visite, il existe une rougeur *uniforme* de tout le corps sans espaces libres. Rien dans la gorge. — 38°.— Bon état général.— Deux jours après, l'éruption a disparu. Pas de desquamation.

IV.— Le 3 juin 1895, nous sommes appelé auprès de l'enfant R. (Louis), 13 mois, d'I. 9, vacciné huit jours auparavant par une sage-femme. — Vaccin de génisse, m'assure-t-on.

L'enfant présente une éruption scarlatiniforme intense, par larges plaques aux membres et au tronc, moins accentuée aux extrémités où il existe des intervalles de peau saine. — Rien dans la gorge. — Bon état général ; très peu de fièvre.

Disparition en *deux jours* sans desquamation.

Il n'y avait pas de lymphangite aux piqûres.

V.—Le 3 juin 1895, l'enfant K. (Jules), rue Molière 21, à I. quatre mois, vacciné avec du vaccin de génisse, présente, le dixième jour, des plaques d'érythème scarlatiniforme dans le dos et sur les côtés. Guérit sans complications.

Ces trois faits peuvent être rapprochés de celui de M. Comby, à part la *varicelle* qui, dans nos observations, est remplacée par la *vaccine*.

Question bien intéressante et encore bien obscure que celle des rash, — de la coexistence des maladies éruptives,— des maladies infectieuses, dont l'une est éruptive, etc.

Rapprocher les faits, les analyser, les commenter aidera peut-être un jour à en établir la sémiologie. D'ores et déjà on pourrait poser en principe que toutes les fois qu'il y a *intoxication*, il peut y avoir *rash*.

Ivry, 5 juin 1896. Dr Courgey.

PRATIQUE JOURNALIERE

Observation d'un cas de tétanos. Guérison par les injections de sérum.

Dr Bohn à Buzancy (Ardennes).

S..., instituteur, 32 ans, marié pour la seconde fois ; a eu de sa première femme un enfant bien portant.

Père mort à la suite d'un accident ; mère morte d'une affection cardiaque.

Lui-même n'a jamais fait de maladie bien sérieuse.

16 Mars. — Se blesse la phalangette de l'index de la main gauche à l'aide d'un instrument tranchant ; quelqu'un d'étranger à l'art médical lui entoure le doigt d'une bande de diachylon. Aucune antisepsie n'est faite.

31 Mars. — Le malade souffre de son doigt et vient nous consulter. Sous le diachylon, suppuration de la plaie qui pourtant ne présente point un mauvais aspect. Nous prescrivons un pansement au sublimé à 1/1000.

3 Avril. — Dans la nuit du 3 au 4 avril, le malade éprouve des malaises généraux indescriptibles. Il est surexcité, son caractère change. Point de douleurs.

4 Avril. — Dans la journée, les muscles de la mâchoire deviennent sensibles, et, vers le soir, commencent à se contracter, mais sans douleurs.

5 Avril. — Au matin le malade veut se lever pour nous trouver, mais peut à peine descendre de son lit; les mâchoires se resserrent, la parole s'embarrasse ; douleurs dans les jambes. Pas de fièvre, pouls normal.

6 Avril. — Nous prescrivons 4 gr. de bromure de potassium. Les douleurs augmentent. La suppuration du doigt blessé s'arrête. Même traitement.

7 Avril. — Apparaissent les premières contractures dans les reins et les cuisses. Mâchoires toujours très serrées. Douleurs dans la nuque. Nous plaçons entre les dents un fragment de bois et nous faisons prendre à l'aide d'un biberon et par l'espace laissé par une dent extraite une potion avec 6 gr. de bromure de potassium et 4 gr. d'hydrate de chloral. En plus, deux injections de morphine de 2 centigr. chacune. Malgré cela, les douleurs deviennent de plus en plus vives.

Examen des urines : ni sucre ni albumine. Entre les accès, pas de fièvre, pouls normal. Pendant les accès, la température monte à 38°5.

M. le Docteur Guelliot, de Vouziers, appelé en consultation, confirme notre diagnostic. Nous décidons d'avoir recours au sérum antitétanique.

8 Avril. — Appelé au milieu de la nuit, nous faisons 2 injections hypodermiques de morphine (deux centigr.) Malgré cela, le malade ne dort pas. Les contractures persistent et se reproduisent toutes les 10 minutes environ. Nous ordonnons toujours le bromure et le chloral à haute dose, mais sans succès. Dans la journée, nous injectons 6 centigr. de morphine. Nous faisons prendre une infusion de jaborandi, ainsi qu'un lavement simple, pour produire des sueurs et favoriser l'élimination des toxines.

9 Avril. — Appelé encore dans la nuit du 8 au 9 avril nous injectons, en une fois, 5 centigr. de morphine. Le malade dort 4 heures, mais les contractures reprennent à son réveil. Nous recevons le sérum et, dans la journée du 9 avril, nous injectons 30 c. c. en 3 fois. A 5 h. du soir température 38°1. Pouls, 110.

10 Avril. — Etat stationnaire, même nombre de contractures, mêmes douleurs, autre injection de 10 c. c. de sérum. Bromure et chloral à haute dose.

Le malade pousse des cris épouvantables pen-

dant les contractures et nous sommes obligé de lui injecter 4 centigr. de morphine dans l'espace d'une heure. Ce sont les contractures des membres inférieurs qui sont les plus douloureuses, les membres supérieurs sont moins atteints. On continue la tisane de jaborandi et un lavement tous les jours.

Au soir, nouvelle injection de 2 centigr. de morphine. Ne dort point la nuit. Contractures très violentes.

11 Avril. — Excessivement agité, il a dans la matinée plusieurs accès de dyspnée pendant lesquels il est cyanosé et ruisselant de sueur.

Nous sommes encore obligé de calmer les souffrances par l'injection de 6 centigr. de morphine. Dans la soirée, et sous l'influence de la morphine, demande à sortir dans la rue pour aller boire à la fontaine ; l'on est obligé d'accéder à son désir ; excitation cérébrale de nature agréable, se croit guéri, etc.

12 Avril. — Est un peu plus calme, mais les accès de dyspnée se multiplient et il est à craindre que le malade ne succombé pendant une de ces accès. Toujours nombreuses contractures excessivement douloureuses.

Nous supprimons la morphine momentanément.

13 Avril. — Injection de 40 cc. de sérum en 2 fois. Sueurs abondantes. — Examen des urines : ni sucre ni albumine. Au soir injections de 4 centigr. de morphine.

14 Avril. — Aux jambes et sur la poitrine éruption acnéiforme avec démangeaisons assez violentes. Plaque érythémateuse sur l'abdomen. Malade toujours très agité. Injection de 5 centigr. de morphine.

15 Avril. — Même état. A encore plusieurs accès de dyspnée. Les contractures ne diminuent point, toujours démangeaisons assez violentes ; s'arrache l'épiderme avec ses ongles. — Température et pouls normaux.

16 Avril. — Etat stationnaire.

17 Avril. — Pas d'amélioration. Encore deux accès de dyspnée, injection de 4 centigr. de morphine dans la journée.

18 Avril. — Injection de 20 c.c. de sérum ; température 38° et pouls à 96. Toujours prurigo.

19 Avril. — Injection de 20 c.c. de sérum. Continuation des crises douloureuses.

20 Avril. — Amélioration notable. Les contractures diminuent en nombre et intensité.

21 Avril. — Au matin, les contractures ont presque disparu, mais une émotion violente (arrivée d'une institutrice intérimaire) les réveille à nouveau dans l'après-midi.

22 Avril. — Nouveaux accès de dyspnée, mais les contractures ne reparaissent plus. Température 39.5, pouls 130 ; à l'auscultation, nous relevons une pneumonie droite.

Du 22 au 28 avril, la température oscille entre 38 et 39°5. Nous traitons la pneumonie à l'aide d'expectorants, de révulsifs et d'antipyrétiques. Le malade a maigri considérablement (de 50 livres); aussi nous l'alimentons avec persévérance.

29 Avril. — Plus de fièvre. Pouls normal encore des démangeaisons.

30 Avril. — A la suite d'une nouvelle émotion le malade a quelques contractures dans les jambes, mais peu violentes ; douleurs dans le bras gauche, léger gonflement de la main. La température remonte à 39.5.

1er Mai. — Température du matin 38° ; du soir 30° ; malade plus calme. Les contractures ont disparu.

2 Mai. — Se trouve bien ; la fièvre a disparu. N'est plus gêné que par les grandes sueurs. Les démangeaisons et l'éruption disparaissent.

A partir du 3 mai, le malade peut être considéré comme sauvé et commence à se lever à partir du 12 mai.

Réflexions.

Sans nul doute notre malade a présenté tous les symptômes du tétanos d'origine traumatique : trismus, crampes avec contractures des muscles de la nuque, crampes avec paroxysme dans les muscles du tronc et des membres inférieurs, opisthotonos, intégrité de l'intelligence, etc...

Nous nous sommes trouvé en présence d'une forme lente, puisque la maladie ne s'est déclarée nettement que 17 jours après le traumatisme.

Les médicaments employés furent : le bromure de potassium, le chloral, la morphine à haute dose et le sérum de l'Institut Pasteur.

Le bromure et le chloral ne nous donnèrent aucun résultat et ne procurèrent au malade aucun calme. La morphine, à haute dose, de 6 à 9 centigr. dans les 12 heures, apaisa momentanément les souffrances et donna quelques rémissions.

Le sérum antitétanique injecté suivant la méthode habituelle (à l'aide de la seringue de Roux dans le tissu sous-cutané des flancs) semble avoir eu, ici, une action curatrice vraie.

Nous avons injecté 120 c. c. de sérum en plusieurs fois et l'action du liquide n'a commencé à apparaître qu'au moment où survint une éruption cutanée.

D'après ce cas de guérison, il faudrait donc, en présence d'un cas de tétanos :

1° Injecter le sérum en quantité suffisante jusqu'à produire une éruption cutanée. L'action curatrice ne commencerait qu'à ce moment.

2° Injecter le sérum concurremment avec la morphine à haute dose, afin de produire quelque rémission des accès, soulager le malade et lui conserver sa résistance en attendant l'action que produira le sérum.

3° Faire fonctionner les émonctoires (tube digestif, peau), afin de leur faire éliminer le plus de toxines possible.

HYGIÈNE

Comment se fera la prophylaxie de la tuberculose,

Par le Dr F. Toussaint (d'Hyères).

L'Académie de médecine vient de terminer la discussion du remarquable rapport présenté par M. Grancher au nom de la commission chargée d'étudier la prophylaxie de la tuberculose. Elle a, par un vote rendu à l'unanimité, adopté les conclusions qui lui étaient proposées.

Il est inutile de faire l'éloge du travail de M. Grancher. Tout ce qui sort de sa plume acquiert une perfection particulière, tant à cause de la profonde érudition du maître, que de la précision avec laquelle il expose et traite les ques-

tions qu'il aborde. Aussi n'avons-nous nullement l'intention de reprendre ici la question traitée par M. Grancher : nous voulons seulement en prendre quelques points principaux, afin de montrer aux praticiens que c'est entre leurs mains surtout, maintenant, que repose le soin de faire que cette impulsion vigoureuse donnée par l'Académie ne reste pas lettre morte, mais puisse arriver à produire ce qu'on est en droit d'en espérer.

Avant tout, il ne faut pas craindre de le dire, il y a eu un grand service rendu à tous les praticiens, par M. Grancher et par l'Académie, en donnant à des notions scientifiques, aujourd'hui bien établies et incontestables, la publicité et l'autorité d'une discussion publique, de l'ampleur de celle qui vient de se terminer.

Nous avons maintenant le droit de dire et de répéter ce que nous savions déjà, mais que nous n'osions souvent énoncer sans crainte, tellement l'opinion du public encore imbu des idées anciennes, est peu apte à vouloir adopter ces conceptions nouvelles, dont les résultats seront si féconds, quand on les aura comprises.

Dans son travail, M. Grancher met en relief trois points principaux qui doivent servir de base à toute prophylaxie :

1°) Il n'est pas de mesure d'hygiène prophylactique publique qu'on puisse imposer aux familles afin d'enrayer le développement de la tuberculose, comme on peut le faire lorsqu'il s'agit des maladies infectieuses aiguës. C'est pour ce motif que la tuberculose n'a pu être classée parmi les maladies contagieuses dont la déclaration est imposée. Les mesures d'hygiène à réaliser, en pareil cas, ne peuvent l'être que par les familles elles-mêmes.

2°) La tuberculose se propage par contagion et l'hérédité n'intervient que pour préparer un terrain favorable au développement du microbe. Cette contagion se fait par le crachat et la poussière des crachats, dans l'immense majorité des cas, et aussi par le lait des vaches tuberculeuses.

3°) La tuberculose n'est pas une maladie fatale ; c'est la plus curable des maladies chroniques, à condition toutefois qu'elle soit soignée à temps et que les malades soient à temps avertis du danger qui les menace s'ils ne se soignent pas.

Si nous nous appuyons sur ces principes, notre ligne de conduite est toute tracée et se résume en ceci : faire un diagnostic précoce de la maladie ; — dire aussitôt au malade ce dont il est atteint et exiger qu'il se soigne méthodiquement 2 ou 3 ans si c'est nécessaire ; — s'il crache, détruire tous ses crachats.

Ainsi nous aurons réalisé du même coup le traitement efficace et la prophylaxie de la maladie, en théorie tout au moins, car en pratique il s'en faut que la chose soit aussi aisée : il faudrait pour cela que tous les malades fussent intelligents, dociles.... et riches.

Sur la question du diagnostic précoce, je n'insisterai pas. Il est souvent difficile, avant l'apparition des bacilles dans les crachats, qui marque déjà une évolution assez avancée de la maladie ; mais, avec les signes d'auscultation dont nous disposons aujourd'hui, il est réalisable, dans le plus grand nombre des cas.

Où la question devient bien plus délicate, c'est lorsqu'il s'agit de décider si, oui ou non, l'on doit dire au malade la vérité sur son état. M. Grancher consacre toute une partie de son rapport à traiter cette importante question et il la résout sans hésitation par l'affirmative : c'est là d'ailleurs l'opinion de tous ceux qui soignent habituellement les tuberculeux : nous avons déjà longuement insisté ici sur ce point (n° 51, 1896). On doit dire au tuberculeux la vérité, parce qu'il n'est pas de guérison possible si le malade ne veut pas, pendant un temps fort long, faire le sacrifice de sa vie habituelle, de ses plaisirs, de ses intérêts, c'est sa seule chance de salut — parce qu'il est absurde et illogique de dire à un homme qu'il n'a rien de sérieux, en même temps qu'on exige de lui ces soins constants et ces sacrifices pénibles.

Il s'en faut que cette façon de faire ne soulève de vives discussions. Dans un des récents bulletins de la *Médecine moderne*, notre excellent confrère M. Helme soutient avec son talent habituel l'opinion contraire : « Comment, dit-il, alléger la souffrance du malade si nous supprimons l'espoir — ...... Gardons-nous d'être les messagers de mauvaises nouvelles..........Les clients n'hésiteront pas à vous sacrifier, si, ayant ouvert, au nom de la science, la boîte de Pandore, vous en avez enlevé le seul bien qui restait, l'espérance. »

Si M. Helme soutient une pareille opinion, c'est évidemment parce qu'il croit qu'un tuberculeux ne peut guérir, autrement il penserait comme nous, que dire la vérité à un malade de ce genre lorsqu'il est peu atteint et qu'il peut se soigner, ce n'est pas lui enlever l'espoir, mais le lui donner.

Hésite-t-on à dire à celui qui est atteint d'insuffisance mitrale qu'il a une affection du cœur pour laquelle il doit prendre des soins et des précautions de chaque jour ? Nullement, et pourtant il s'agit là d'une maladie bien plus souvent fatale que la tuberculose. Tous nous connaissons des tuberculeux guéris. Y a-t-il un médecin qui n'ait vu des camarades ou des amis qui, sévèrement atteints, ont pu reprendre leur carrière parce qu'ils ont su et qu'ils ont voulu. Est-ce donc la crainte de déplaire à un client et de le voir nous quitter qui nous guidera ? intérêt mal compris en tout cas, puisque le jour fatal arrivera où, trop tard, malade et famille comprendront... et ne nous pardonneront pas.

Nous dirons donc la vérité au malade quand, après un diagnostic précoce, nous n'aurons pas affaire à une forme incurable de la maladie et quand ce malade sera dans une situation qui lui permettra de se soigner. Nous la lui cacherons avec soin quand il sera « trop tard », qu'il n'y aura pas de chance de guérison et surtout quand il s'agira de ces malheureux pour qui la vie, trop dure par nécessité, ne permettra pas d'espérer les soins indispensables. Mais dans ce dernier cas encore, nous faudra-t-il avertir la famille des dangers de contagion, et cela sous peine d'être, en conscience, des meurtriers par insouciance.

C'est donc en somme cette notion de la curabilité de la tuberculose qu'il faut répandre autour de nous. On a lu dans ce journal la si entraînante leçon du Professeur Landouzy où il nous invite tous à la croisade contre le crachat et à la propagation du crachoir. Nous devons sans hésitation nous attacher à travailler à cette œuvre sociale et en même temps dire hautement que la tuberculose est parfaitement guérissable. Nous devons faire cette éducation du

public, non pas seulement quand nous pénétrons dans une famille tuberculeuse, mais dans nos conversations quotidiennes avec les bien portants. Ainsi, nous arriverons à un double résultat: nous travaillerons à leur apprendre comment on se préserve de la contagion, et si un jour ils deviennent malades, nous n'hésiterons pas à leur dire la vérité, puisqu'ils sauront que cette vérité n'est pas un arrêt de mort.

L'Académie, voulant marquer l'importance qu'elle attache à ce que l'étude de cette question soit poursuivie, a institué une commission permanente de la tuberculose... Je disais, en commençant cet article, que c'est à nous praticiens de faire que tout cet effort ne soit pas inutile, car les discussions académiques ne peuvent avoir de valeur que si elles sortent du domaine restreint de la théorie pour passer dans la pratique. La même question vient d'être soulevée en Angleterre. Sous l'impulsion de Sir William Broadbent, une association se fonde dans le but de propager toutes les notions utiles à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose. Avec l'esprit d'initiative individuelle qui caractérise les Anglo-Saxons, nos voisins sont arrivés, il faut bien l'avouer, à nous devancer de beaucoup dans tout ce qui a trait à l'hygiène. Ils ne font pas comme nous qui attendons tout de l'Etat lequel d'ailleurs, ne nous offre que des impôts de plus en plus lourds avec de très maigres compensations. Dans une question comme celle qui est aujourd'hui posée, ne pourrions-nous donc enfin faire comme eux et sortir de notre torpeur ? Cela serait facile pourtant.

Depuis vingt ans, un grand mouvement d'initiative s'est développé dans le corps médical. L'œuvre entreprise par le Concours médical, la création des syndicats médicaux, est et sera une œuvre sociale considérable. Une occasion nouvelle se présente de prouver une fois de plus combien notre association peut être féconde en résultats utiles. Pourquoi, maintenant que les grandes questions professionnelles ont été discutées, chaque syndicat, imitant en cela les conférences d'avocats, n'inscrirait-il pas à son ordre du jour chaque année la discussion d'une question médicale pratique ou d'hygiène générale? Il n'y a pas que dans les Académies que l'on puisse aborder ces questions. Partout où il y a un malade, un médecin instruit et observateur peut faire des remarques utiles.

Des études d'hygiène pratique auront des résultats plus immédiats au point de vue des pouvoirs publics locaux, après des discussions et des résolutions prises en commun dans ces petites assemblées locales, que les circulaires ministérielles sans cesse renouvelées et jamais exécutées.

Que tous les membres du Concours médical se mettent donc à l'œuvre, en s'inspirant des conseils de l'Académie, pour répandre autour d'eux ces notions fécondes ; ils montreront ainsi deux choses, c'est d'une part que le corps médical, s'il réclame ses droits, sait aussi connaître ses devoirs vis-à-vis de la Société et d'autre part ils contribueront à réveiller cet esprit d'initiative individuelle qui sommeille complètement chez nous pour notre plus grand malheur.

Que tous les membres de notre association qui auront des observations intéressantes, des conseils pratiques, des idées particulières sur tout ce qui a trait à cette grande question ne craignent pas de les adresser au « Journal » dans lequel la question est dès aujourd'hui ouverte. Une association comme la nôtre, par le nombre de ses membres et leur activité doit pouvoir, si nous le voulons, arriver à un résultat identique et même supérieur à celui qu'obtiendra l'association anglaise dont je signalais plus haut la fondation.

Dr Toussaint (d'Hyères).

N. D. L. R. — Le *Concours médical* est acquis depuis de longues années à la lutte contre la tuberculose : il l'a prouvé encore tout récemment en poussant au développement de la cure rationnelle. Il ne peut donc que s'associer de tout cœur au vœu de notre confrère, M. le Dr Toussaint.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le rattachement aux hôpitaux spéciaux dans la loi d'Assistance médicale.

Rapport de l'Académie sur une demande de M. le ministre de l'intérieur concernant les maladies justiciables du séjour dans un hôpital marin, au nom de la Commission permanente de l'hygiène de l'Enfance composée de MM. Th. Roussel, président, Porak, Blache, Guéniot, Charpentier et Reclus, rapporteur.

Monsieur le Ministre,

Par une lettre en date du 26 avril, vous demandez à l'Académie s'il n'existe pas des maladies pour lesquelles le séjour au bord de la mer constitue, sinon le seul, du moins le meilleur traitement, et, dans ce cas s'il ne serait pas bon de rattacher chaque département de France à un hôpital marin où seraient admis les indigents atteints de ces maladies.

M. le Président de l'Académie a saisi de cette question la commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance et voici son avis ananime.

Sur ce point, en effet, tout le monde est d'accord : le rachitisme, la scrofule, la plupart des manifestations de la tuberculose, surtout pendant l'enfance et l'adolescence, guérissent au bord de la mer. Il ne s'agit plus là d'un sujet en litige, mais d'une sorte de dogme au-dessus des contradictions, et qui s'appuie sur une expérience plus que séculaire. Depuis que le premier hôpital marin fut ouvert à Margate, en 1796, les observations se sont accumulées qui prouvent l'excellence de la thalassothérapie.

En France, les stations se multiplient : nous avons Berk et ses nombreuses installations publiques et privées, les hôpitaux de Cette, de Cannes, de Pen-Bron, les Sanatoriums, de Saint-Trojan, d'Arcachon, de Banyuls, d'Hyères-Giens de Saint-Pol, de Ver-sur-Mer, l'orphelinat de Saint-Breladre, l'asile départemental de Cap-Breton et de tous ces centres d'observation, nous arrivent d'intéressantes statistiques qui nous montrent la mer guérissant 60 à 80 p. 100 de nos scrufuleux et une proportion plus forte encore de rachitiques.

Toute une littérature médicale consacre cette vérité, et depuis le rapport de M. Bergeron, en 1866, on ne compte plus les travaux sur la scrofule et la mer ; on en trouvera la substance dans les beaux livres de Van Merris et de Charles Le-

roux, et maintenant, grâce à ces guides précieux, nous possédons des indications nettes sur ce traitement ; nous savons les cas qui doivent guérir vite et bien et ceux qui demandent un plus long séjour au bord de la mer ; enfin, nous voici dotés d'une institution précieuse, *l'œuvre des hôpitaux marins* qui, sous l'impulsion de philanthropes convaincus, centralise les efforts et groupe les bonnes volontés pour multiplier, sur nos plages, les asiles et les sanatoriums,

A cette heure, les hôpitaux marins ne sont pas trop insuffisants parce que les départements n'observent pas encore la loi d'assistance médicale qui leur impose le traitement de leurs indigents rachitiques et scrofuleux. Mais qu'ils remplissent enfin leur devoir et ce ne sont pas les malades qui manqueront aux hôpitaux marins, mais les hôpitaux marins aux malades. Le département de la Seine, le mieux partagé cependant, voit en effet un tiers de ses scrofuleux inscrits à l'Assistance publique attendre vainement leur tour d'admission et lorsque le patient arrive enfin sur la plage, les lésions sont déjà trop anciennes, résultat deux fois déplorable, car le malade, pour guérir, occupera plus longtemps une place nécessaire à d'autres et la mer ne le nettoiera pas aussi sûrement de ses tares invétérées. C'est pour atténuer l'effet de cette longue attente, que l'administration des hôpitaux de Paris fait construire à Hendaye un hôpital qui ajoutera 200 lits aux 600 de Berck ; et que, d'autre part, elle confie dès maintenant un certain nombre de scrofuleux et de rachitiques aux sanatoriums de Banyuls et de Saint-Trojan.

Votre lettre, Monsieur le ministre, nous pose une seconde question : « Quelle précision conviendrait-il d'exiger sur le certificat du praticien qui déterminera ce choix du traitement marin, afin d'en justifier l'utilité dans chaque cas particulier ». Sur ce point, notre réponse est aussi nette. L'administration des hôpitaux de Paris et l'œuvre des hôpitaux marins utilisent depuis longtemps un bulletin en partie double, à la fois médical et administratif, qui nous paraît excellent : le malheur est que les médecins répondent d'une façon trop souvent insuffisante aux questions qui leur sont posées. Et cependant n'est-il pas de la plus grande importance que le bulletin médical présenté par le département d'origine ou de domicile, porte une indication précise du siège, et de la nature de l'affection, de sa gravité, de l'opportunité plus ou moins prochaine d'une intervention opératoire ? A cette condition seulement, le médecin qui propose l'admission dirigera le malade soit dans un simple sanatorium, où le traitement est purement médical et hygiénique, soit sur un hôpital marin où l'on pourra compter sur la présence d'un chirurgien.

Il faut enfin que le bulletin médical réponde de la manière la plus formelle à la question relative aux maladies contagieuses. Il s'agit en effet de préserver de toute contamination le personnel de l'établissement, enfants, surveillantes, infirmières.

Il est donc indispensable que le bulletin indique, après enquête minutieuse, que le sujet dont on demande l'admission n'est ni convalescent de *fièvre éruptive*, de *diphtérie* ou de *coqueluche*, ni atteint de *phtisie pulmonaire* ou de *teigne*.

Telles sont, Monsieur le Ministre, les considérations sur lesquelles s'est appuyée la Commission pour répondre aux questions que vous avez soumises à l'examen de l'Académie, considérations qui peuvent se résumer dans les conclusions suivantes : d'une part, incontestable efficacité de la thalassothérapie dans le traitement du rachitisme et de la scrofule, et, d'autre part, nécessité de préciser sur les bulletins médicaux redigés pour l'admission des malades, les indications qui doivent justifier cette admission.

— Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

Une affaire de secret médical.

(*Extrait du compte rendu de la Société locale du Rhône.*)

Un de nos confrères est appelé *subitement* pendant son cabinet, par une famille dont il est le médecin. Je dis médecin seulement, sans en être l'ami ou le parent. Le cas était urgent, disait-on. Le confrère laisse tout pour répondre à cet appel. A son arrivée, les deux conjoints se livrent à une violente discussion. L'un des deux en arrive même à des sévices graves envers l'autre.

Le docteur se retire sans avoir donné de conseil médical, ni formulé d'ordonnance. Peu après il reçoit une citation à la requête de l'une des deux parties pour avoir à raconter la scène dont il a été le témoin. Le ménage plaidait en séparation et chacun demandait à la justice de lui confier les enfants.

Devant le juge enquêteur, le docteur fait toutes ses réserves, se retranche dernière le secret professionnel et ne dit rien. Son témoignage étant d'une grande importance pour l'une des deux parties, il se voit de nouveau cité à comparaître devant le juge ; l'avoué de la partie prend jugement contre notre confrère pour l'obliger à parler ou à s'entendre condamner à une amende, sans oublier les dommages et intérêts ultérieurs que l'on se réserve de lui demander.

Notre confrère s'adressa alors à l'Association pour lui demander conseil et protection au besoin.

Doit-il garder le silence ? et dans le cas où il y aurait procès, l'Association le soutiendrait-elle ? prendrait-elle les frais à sa charge ?

Le 21 décembre 1897, la Commission administrative est saisie du cas qu'elle examine très attentivement, prend avis de son conseil judiciaire et lorsqu'il s'agit de passer au vote : égalité de voix pour, égalité de voix contre, et plusieurs abstentions ; notre conseil judiciaire n'ayant pas été unanime dans ses conclusions.

Notre Président, en vertu de son pouvoir, appuie la motion de *ne rien dire* et il est entendu que le docteur se retranchera derrière le secret professionnel et que l'Association l'aidera s'il est utile.

C'est ce qui a lieu. Devant le juge, notre confrère refuse de déposer, malgré l'insistance exagérée, même déplacée, du juge. Il est condamné à 10 francs de dommages-intérêts, sur la demande de l'avoué réclamant l'application de la loi.

La Commission administrative, s'adjoignant le Bureau du Syndicat, se réunit d'urgence le 3

janvier pour s'entendre avec le conseil judiciaire sur les voies et moyens à employer pour aller en appel.

L'affaire allait suivre son cours, lorsque l'incident se termine plus pacifiquement. La partie poursuivante avant pu réunir des preuves qui lui permettent de se passer du témoignage du docteur, clôt l'affaire en réglant les frais occasionnés à ce sujet.

L'avoué, lui, ne se tient pas pour battu, veut en faire une question de principe ; il porte le fait à la Chambre des avoués et veut l'entraîner à continuer le procès. Mais la Chambre ne trouve pas le cas assez intéressant et refuse d'entamer cette lutte avec l'Association. Telle est l'affaire.

Il faut revenir, à présent, sur la discussion qui a eu lieu au sein de notre Commission et présenter les arguments pour et contre.

Notre confrère s'était placé à ce point de vue : médecin d'une famille, appelé comme tel, il se considérait comme lié par le secret, n'ayant connu les faits que dans l'exercice de sa profession, et ne pouvant pour cette raison favoriser l'un ou l'autre membre de la famille.

Cette manière de voir n'avait pas réuni la majorité. Contre cette thèse on soutenait que les scrupules de ce confrère étaient exagérés ; qu'il ne fallait pas invoquer à tout propos le secret professionnel, que du reste il ne s'appliquait pas à ce fait particulier. Le secret n'est absolu qu'à la condition que la chose confiée soit secrète. Or, notre confrère n'était dans ce cas qu'un simple témoin ; il retombait dans le droit commun et son devoir était de parler.

A cela on objectait que notre confrère avait été appelé comme médecin, que depuis longtemps il donnait des soins à cette famille, que, par suite, en dehors du fait cité, il avait dû être à même d'apprendre et de connaître beaucoup d'autres faits que l'on remarque nécessairement dans l'exercice de la profession, et que, par suite, il ne pouvait les divulguer. Cette scène finale pouvait être la résultante de secrets qu'il aurait fallu dévoiler à la justice.

En déposant contre l'un des deux conjoints, il aurait fallu, par exemple, qu'il fasse connaître au juge les maladies physiques ou morales de l'un ou de l'autre. Par suite il pouvait être entraîné à des confidences qui lui étaient interdites. Le médecin doit, pour cette raison, se taire.

A un autre point de vue, la conduite de notre confrère était encore la meilleure, il sauvegardait la dignité du médecin. En parlant, il aurait créé un précédent fâcheux, car dès lors, rien n'empêchait, en mandant d'urgence le médecin, de le faire servir ultérieurement de témoin dans n'importe quelle affaire. Ce dont la dignité médicale aurait eu singulièrement à pâtir.

Quoi qu'il en soit, votre Commission, grâce à la voix prépondérante de son judicieux président, avait jugé bon de conseiller le silence, qu'il était utile d'être fixé par la justice sur cette question, et que dans tous les cas notre devoir était de soutenir envers et contre tous notre honorable confrère. Le désistement de la partie a seul terminé le différend, tout en sauvegardant notre dignité.

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat médical du Morbihan

(*Suite et fin.*)

Le Secrétaire donne ensuite lecture de son rapport pour l'année 1896-1897.

Messieurs et chers confrères,

Assistance médicale.

Il y a un an passé, le 28 juillet 1896, notre Président disait en ouvrant la séance de l'Assemblée générale du Syndicat : « La question de l'Assistance médicale gratuite qui nous occupe depuis deux ans, ne semble pas prête d'avoir une solution si on en juge par les incidents divers qu'elle a traversés. »

Aujourd'hui encore cette question en est au même point, et je me contenterai de vous rappeler brièvement les diverses phases encore présentes à votre mémoire par lesquelles elle a passé.

Vous vous souvenez que le Conseil général avait, au début, fait un règlement à l'abonnement, basé sur la taxe à 10 centimes par tête d'habitant, règlement qui avait peu de chances d'être agréé par l'administration supérieure de l'Assistance publique, la circulaire ministérielle adressée aux Préfets le 18 mai 1894 au sujet de l'exécution de la loi de juillet 1893, spécifiant nettement (p. 22) que pour assurer son service, chaque commune devait voter un crédit proportionnel au nombre de ses indigents, condition que ne remplissait pas le règlement en question. Du reste, aucun crédit ne fut inscrit au budget départemental.

Vous vous souvenez également du peu de succès qu'obtint près du Conseil général, en avril 1896, le projet de règlement accepté, quelques mois auparavant, par la Commission du Conseil général et les délégués du corps médical. Contre toute attente, et malgré les concessions faites par vos délégués, le Conseil général ne tint aucun compte du remarquable rapport de M. Caradec, président de la Commission, rapport concluant à l'adoption du système Vosgien. Sans discussion et presque de parti pris, on nous proposa de nouveau un règlement à l'abonnement et dans des conditions telles, que la presque totalité des médecins du Morbihan répondit par un refus aux offres de l'Administration.

Plus tard, le 17 mai 1897, tous les médecins recevaient, personnellement, une demande d'acceptation d'un règlement basé : 1° sur la rémunération à raison d'un franc par an et par tête d'indigent inscrit, 2° choix du médecin par le malade pour une période d'une année. On nous proposait aussi un règlement dont on ne nous faisait pas connaître tous les articles.

Enfin, ce même règlement remanié par le Conseil général, dans sa session d'août 1897, vient de nous être adressé à tous.

— Vous le connaissez suffisamment pour qu'il ne soit pas nécessaire de vous en faire une longue critique.

— Le meilleur moyen de le juger, est, je crois, de le comparer aux diverses règlements des autres départements qui ont établi le mode de rémunération des médecins sur les mêmes bases, c'est-à-dire une somme fixe par an et par tête d'inscrit.

Que nous offre, en effet, le Conseil général dans ce règlement du mois d'août dernier ? *Un franc par indigent porté sur la liste du bureau d'assistance.* C'est tout — que l'indigent soit à notre porte ou à 20 kilomètres c'est le même prix : pas de tarif spécial pour les opérations et les accouchements.

Lisez maintenant le rapport de M. Monod au ministre de l'Intérieur sur le fonctionnement de l'assistance médicale gratuite pendant l'année 1895, vous y trouverez les tarifs suivants :

— Dans l'Aisne, l'Aube, les Pyrénées-Orientales

2 francs par inscrit, plus un tarif particulier pour accouchements et opérations.

— Dans la Drôme, 3 fr., 4 fr., 5 fr. par inscrit, suivant les distances.

— Dans les Basses-Pyrénées 2 fr. plus 0 fr. 50 — 1 fr. — 3 fr. suivant les distances.

— Dans les Hautes-Pyrénées, 3 fr. par inscrit vivant seul, et 5 ou 8 fr. par ménage.

— Dans Seine-et-Oise 2 fr. 50 par inscrit plus 50 centimes par kilomètre.

Dans le Gers 1 fr. par inscrit, plus 5 fr. par kilomètre.

— Ce chiffre de cinq francs me semblant exagéré, j'ai écrit au secrétaire du syndicat de ce département qui m'a répondu en le confirmant; mais, ajoute-il, les bureaux d'assistance font des listes incomplètes ou dérisoires et l'assistance ne fonctionne pas.

En résumé, celui de tous ces départements qui est le moins favorisé, sous le rapport de la rémunération des médecins a encore un tarif supérieur de plus du double de celui qu'on nous offre.

Faut-il encore vous faire remarquer l'article 40 qui nous impose une heure de consultation — l'article 48 surtout qui fixe à *cinq francs* le prix d'un accouchement que nous sommes tenus de faire, quand la sage-femme ne pourra pas ou ne voudra pas se rendre près de la malade qui l'appelle ; les circonscriptions médicales délimitées par communes, ce qui obligerait tel malade, dans la commune de Naizin pour citer un exemple, à faire 16 kilomètres pour se rendre à Locminé près du médecin, quand il peut en trouver un à Pontivy à trois kilomètres de chez lui. L'un de vous me disait en entrant ici qu'on n'était pas malade *administrativement* et que l'intérêt du malade et du médecin, comme l'intérêt de la commune qui paie, exigeait que l'indigent s'adresse au médecin le plus rapproché de chez lui.

Je sais bien, Messieurs, que les tarifs que je viens de vous citer tout à l'heure et qui s'appliquent à l'année 1895, ont pu être remaniés depuis. Je n'ai pu me procurer le rapport de l'administration supérieure de l'assistance publique pour 1896, je ne sais même pas s'il a paru. J'en connais cependant quelques exemples. Ainsi, il y a quelques mois, le Pas-de-Calais a adopté un règlement basé sur la rémunération des médecins à 1 franc par tête d'inscrit, 0 fr. 50 par kilomètre et par an et 20 francs, par accouchement.

Le tarif d'un département voisin du nôtre, l'Ille-et-Vilaine, vient d'être tout nouvellement fixé, comme celui qu'on nous propose à 1 fr. par tête d'inscrit. L'assistance médicale a d'abord fonctionné dans l'Ille-et-Vilaine d'après le système Vosgien. Il y a eu, paraît-il, des abus, nous y reviendrons tout à l'heure et brusquement l'administration préfectorale lui a substitué le système nouveau. Surpris par cette décision nos confrères ont accepté. Allez leur demander aujourd'hui ce qu'ils en pensent ; ils vous répondront que l'assistance médicale est organisée *sur le papier*, mais qu'elle ne fonctionne pas en réalité ; l'indigent n'est pas réellement assisté. Peut-on espérer que la loi sera toujours observée par les médecins dont les seuls frais de déplacement peuvent être supérieurs à l'indemnité qui lui est allouée ? Ce mode de rémunération applicable peut-être aux populations agglomérées est toujours défectueux quand il est appliqué à un service d'assistance dans les campagnes.

Messieurs, je me résume. Le Conseil général du Morbihan, malgré le désir formellement exprimé par les médecins d'assurer l'assistance médicale des indigents, et les larges concessions consenties sur les tarifs, nous prête mal son concours. C'est d'abord un règlement inacceptable pour l'administration supérieure de l'assistance, et les fonds nécessaires ne sont pas votés. Puis, c'est un nouveau règlement inacceptable cette fois pour les médecins, et cette année encore, le budget départemental pour 1898 est voté, et l'assistance médicale gratuite n'y figure pas plus que l'an dernier.

Le Conseil général semble donc bien vouloir retarder autant qu'il le peut l'organisation de l'assistance. Pas de règlements ou des règlements inacceptables, et pas de crédits votés. Et s'il pouvait subsister encore quelque doute dans vos esprits, je vous prierais de vous reporter au compte rendu de la séance du Conseil général du 20 août 1896 dans laquelle un des membres les plus justement influents de cette assemblée dit : J'estime en outre que nous devons nous estimer très heureux d'éviter *encore* cette nouvelle charge aux contribuables (Compte rendu du 20 août 1896, page 125).

Lisez encore la relation au Congrès *officiel* d'assistance qui a eu lieu le 14 juin dernier. Contrairement aux vœux adoptés à ce Congrès, présidé par le ministre, auquel ressortissent tous les services d'assistance et formulé ainsi : « *Dans toutes les régions où il existe des syndicats médicaux, les syndicats seront officiellement consultés sur les desiderata des médecins et les différents concernant l'organisation de l'assistance publique* », contrairement, dis-je, à ce vœu, le nouveau règlement d'août 1897 a été fait sans que le corps médical ait été consulté, et complètement en dehors de lui.

S'il est parmi vous des médecins que cette question d'assistance impatiente ou énerve depuis trois ans, qu'ils s'en prennent non au Syndicat, mais bien au Conseil général qui agit toujours sans nous consulter, fait des règlements inacceptables et ne vote pas les crédits nécessaires.

Le président, après cette lecture met aux voix l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat, après avoir examiné article par article le nouveau règlement du Conseil général, règlement qui n'est qu'une reproduction avec quelques corrections des règlements précédents, décide qu'il s'en tient à sa délibération du 28 *juillet* 1896, *de ne concourir à l'organisation de l'assistance publique qu'avec le système Vosgien, le seul libéral assurant l'indépendance du malade et celle du médecin.*

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité.

Le Secrétaire continue :

Messieurs, l'ordre du jour que vous venez de voter prouve l'union des membres de notre syndicat, mais ne constitue pas une solution. Nous piétinons sur place depuis trois ans. Dans tous les départements l'assistance fonctionne tant bien que mal, plutôt mal que bien. Je puis vous le dire, l'application de la loi de juillet 1893 a rencontré partout de si grandes difficultés qu'à un certain moment, il a été question rien moins que de l'abroger ou de la laisser tomber en désuétude. Aujourd'hui ces difficultés sont à peu près surmontées, et nous restons seuls, dans le Morbihan, sans organisation.

— Cette situation qui ne peut pas s'éterniser nous procurera au moins l'avantage de profiter de l'exemple de nos devanciers.

— L'abonnement, vous en connaissez le principal inconvénient, c'est la tendance que peuvent avoir certains bureaux d'assistance, à surcharger la liste des indigents. Vous avez tous lu l'histoire de ce maire d'une commune de l'Ariège, qui s'était inscrit lui-même en tête de la liste, laquelle comprenait plus du tiers des habitants de la commune. Ce maire fut révoqué, il protesta, mais sa révocation fut maintenue par le préfet.

La rémunération des médecins à tant par tête d'inscrit, offre un inconvénient différent ; les bureaux d'assistance pourraient inscrire les indigents à mesure qu'ils seront malades, ce qui réduirait la rémunération des médecins à tant par tête de malade et non par tête d'inscrit, ce qui est bien différent.

Ces inconvénients se retrouvent plus ou moins dans tous les systèmes à l'abonnement, quelques variés qu'ils soient, et ils sont nombreux.

C'est encore le système Vosgien qui a donné *re-*

lativement les meilleurs résultats, mais il a aussi son inconvénient. J'appelle ici surtout votre attention. Cet inconvénient a été signalé souvent, c'est *l'abus des visites*. Il faut tout dire. Cet abus des visites peut venir de l'exigence de certains malades, mais il vient aussi du peu de scrupule de certains médecins. Un exemple : un médecin d'un département breton a fait l'an dernier *soixante-quinze visites* au même malade pour une simple bronchite parfois trois visites le même jour ! Le Syndicat de ce département s'est chargé, je crois, de faire lui-même sa police, d'abord, par un avertissement au confrère dans des termes qui ne laissaient aucun doute sur ce que chacun pensait de semblables procédés, et la résolution très ferme, si cet abus se renouvelait, d'en signaler l'auteur à qui de droit, pour prononcer sa radiation de la liste des médecins de l'assistance.

Cet abus des visites a eu lieu ailleurs dans des proportions moindres certainement, mais, qu'il vienne du malade exigeant ou du médecin trop empressé, c'est toujours une objection que nous fera l'administrateur départemental ou communal, au moment d'établir son budget.

Il y a un moyen d'éviter cet abus des visites, je l'ai déjà signalé, le voici : *Il serait très nettement spécifié dans le règlement que le billet de visite délivré par le malade au médecin dont il réclame les soins, ne serait valable que pour une seule visite.* Si le malade a besoin du médecin les jours suivants, il réclame au maire de sa commune un nouveau billet. Si le médecin de son côté sent la nécessité de revoir son malade, pour un diagnostic douteux à vérifier, un appareil à surveiller, etc., il le signale lui-même au maire qui sera le premier à lui laisser toute latitude quand l'état de son malade devient inquiétant.

On nous objecte en effet, et avec raison, quand nous sommes appelés près d'un malade riche, nous avons la discrétion d'attendre avant de revenir qu'il nous le demande. Pourquoi le pauvre aurait il ce droit exorbitant d'user du médecin et de l'appeler à tout propos et par pur caprice, par seule raison que ce n'est pas lui qui paie !

Je crois savoir que le syndicat du Finistère ou l'assistance est organisée d'après le système Vosgien, a étudié et peut-être fait adopter une mesure semblable à celle que je vous propose.

Messieurs, je ne sais si je me trompe, mais j'aime à voir dans cette proposition que je soumets à votre examen la solution tant désirée d'une question, sur laquelle, depuis trois ans, nous discutons avec l'administration sans pouvoir nous entendre.

Cette mesure, en effet, permettra d'assurer le service dans des conditions réelles d'efficacité, car l'indigent sera secouru réellement quand il en aura besoin, et jamais d'une façon abusive.

— Elle assure la liberté du médecin.
— Elle assure la liberté du malade.
— Elle assure enfin la liberté de la commune et du contribuable, autrement dit de celui qui paie, car le Maire sera aussi intéressé à assurer à ses administrés les soins dont ils ont besoin, qu'à éviter le gaspillage de ses deniers par l'abus des visites, que cet abus vienne de l'exigence des malades ou de l'empressement injustifié du médecin.

Soyons conciliant avec l'administration, en dehors de la question du mode de rémunération que nous nous réservons pour toutes les raisons que je vous ai énumérées, et sur laquelle, du reste, l'article 55 du dernier règlement pourrait nous donner un commencement de satisfaction. Sollicitées par l'Administration préfectorale, les communes consentiront plus facilement à adopter le paiement à la visite avec indemnité kilométrique, quand elles sauront que leur budget sera certainement épargné par la mesure restrictive que nous vous proposons et que, de plus, cet article 55 ne les prive pas du bénéfice éventuel des subventions départementales (article 35 de la loi de 1893).

Je souhaite que ce soit là le terrain de l'entente.

Cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

(A suivre.)

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations à M. le Dr Chevallereau, Directeur de la *France médicale*, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, secrétaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et membre du *Concours médical*, qui vient de recevoir du Ministère de l'intérieur, une médaille d'honneur en récompense de services exceptionnels rendus à l'Assistance publique.

Même agréable devoir à remplir envers un autre des plus anciens membres du Concours, M. le Dr Vidal, d'Hyères, qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Les accidents du travail. — La commission chargée par le ministre du commerce de préparer les règlements d'administration publique prévus par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a tenu sa première réunion, sous la présidence de M. Louis Ricard, député, président de la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés.

La commission a réparti entre deux sous-commissions l'élaboration préparatoire des quatre règlements indiqués par la loi. Elle se réunira dans les premiers jours d'octobre prochain pour examiner les projets préparés.

Club médical de Berlin. — Il vient d'être fondé, et on annonce que les médecins étrangers qui habitent Berlin depuis assez longtemps peuvent y être admis temporairement sur présentation d'un membre. Y a-t-il beaucoup de Français dans ce cas ? On n'en dit rien.

Tentative d'enlèvement d'un médecin. — Le *Nouvelliste de Lyon* raconte que le 1er juillet 1898, à neuf heures du soir, le Dr Chaussende, de Monastier (Haute-Loire), a été l'objet d'une tentative d'enlèvement qui a échoué grâce à l'intelligence et à la vigueur d'un boulanger. Ce dernier, M. Dire, frappé des allures suspectes des deux hommes qui venaient quérir le médecin pour voir un malade à la campagne, les suivit et les fit suivre. A une certaine distance du village, au moment où le docteur Chaussende mettait le pied sur le marchepied pour monter en voiture, le boulanger se mit à courir, criant: Ne montez pas, vous êtes victime d'un guet-apens. Les malfaiteurs saisirent alors le docteur pour le hisser de force dans la voiture. L'intervention du boulanger, aidé des voisins qu'il avait prévenus, dégagèrent le médecin et laissèrent échapper les auteurs de ce mystérieux attentat. La victime a porté plainte au parquet. Espérons que les coupables ne tarderont pas à tomber dans les mains de la justice.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4293 — M. le docteur BERNIS, de Rivesaltes (Pyrénées-Orientales), membre du Syndicat des Pyrénées-Orientales.

N° 4294 — M. le docteur LELOUTRE, de Troyes (Aube), présenté par M. le docteur CLÉMENT, de Brienne-le-Château (Aube).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de M. le docteur ALLIEZ, de Nice (Alpes-Maritimes), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 32 6 AOUT 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Droits et devoirs du remplaçant.

Celui à qui nous confions notre clientèle doit être, disions nous l'autre jour, notre *alter ego*.

Il sera, pour nos gens, l'ami de la maison, qui a droit à tous les égards, à toutes les prévenances, à tout le respect ; auquel on offre, à table, le meilleur morceau, et, pour la nuit, la chambre confortable ; qui use du piano, de la bibliothèque, du jardin, des voitures, comme si nous n'étions pas absent.

Ceci est élémentaire. L'homme auquel nous réservons cette hospitalité est médecin, c'est-à-dire bien élevé, discret ; nous n'aurons qu'à nous applaudir de lui avoir indiqué le cas que nous faisons de lui, et il se montrera d'autant moins exigeant, qu'on lui témoignera moins de réserve.

Dans le milieu ainsi préparé, le remplaçant adoptera sans peine nos habitudes, heures de présence, de repas, de consultation, de lever, de coucher, de départ pour les tournées ; il ne désorganisera pas le service de la maison et Madame, en rentrant, n'aura à gémir, ni devant le désordre à réparer, ni sur la note des dépenses culinaires.

Tout cela, dira-t-on, est assez secondaire et ne mérite pas qu'on y insiste tant.

Pas si secondaire que cela ! On nous permettra de dire que nous en savons quelque chose, après avoir été renseignés, des centaines de fois, sur la façon dont se quittent remplaçants et remplacés, et après avoir pratiqué souvent nous-même.

Mais arrivons au travail professionnel.

Notre confrère a le *savoir*. Qu'il ne craigne pas de paraître jeune, en examinant fort attentivement les malades. Si, dès la première entrevue, son diagnostic n'est pas formellement posé, qu'il fasse, en prenant bien son temps, une prescription d'attente s'adressant aux symptômes douloureux ; qu'il rassure le patient, et, quand, à la sortie, l'entourage lui demandera son opinion, qu'il la dise, si elle est faite, mais en formulant des réserves sur les complications possibles, sur la marche, etc..., et, si elle ne l'est pas, qu'il déclare avoir besoin d'un délai de... pour se prononcer. Dans le cas où, après réflexion, il n'arrive pas à débrouiller l'écheveau et reste dans l'inquiétude et l'incertain, qu'il ait recours à l'avis du confrère voisin, *que nous lui* aurons soigneusement recommandé pour les cas graves, et qu'il se fasse guider.

Hors ces circonstances, le remplaçant n'a plus à fournir la preuve que des qualités de *savoir faire* : mais elles sont indispensables.

A cet effet, il doit se montrer : toujours correct dans sa tenue, son langage, ses manières, sans tomber dans la timidité ou une hésitation qui ferait douter de son savoir ; actif et complaisant, doux et patient, même au prix de quelque fatigue, créée par certains entourages ; respectueux des prescriptions formulées par d'autres médecins, ne les modifiant que sous l'empire de la nécessité, et en le laissant ignorer si possible. Il se souviendra que les règles absolues de la thérapeutique hospitalière ne s'appliquent, en clientèle, qu'au prix d'une ingéniosité constante à ne pas *trop* froisser les habitudes des clients ; qu'il faut adapter le traitement au milieu. Il observera dans le renouvellement de ses visites, dans la façon d'être avec chaque famille, les habitudes de celui qu'il supplée, et cherchera dis-

crètement à les connaître ou à les deviner. En un mot, par tous moyens que suggère le tact, il composera notre rôle, tel qu'il le voit pour chaque cas particulier, en tenant compte de l'intérêt du malade et du nôtre.

S'il fallait résumer d'un mot la ligne de conduite du remplaçant, nous lui dirions : « Faites comme si vous alliez devenir le successeur ; *mais vous vous l'êtes interdit.* »

— Il y a donc eu, au préalable, des engagements entre les deux confrères ?

— La chose en vaut la peine.

Le remplaçant a promis, par écrit, qu'il ne s'installerait jamais dans le rayon de clientèle du confrère, sans y être autorisé par lui de façon catégorique.

Le remplacé s'est engagé à verser une indemnité quotidienne de... pendant tant de jours... au remplaçant, à payer ses frais de voyage, dans telles conditions... à lui assurer dans sa maison l'hospitalité, dont nous avons parlé.

Il a été convenu que, si l'absence se prolongeait au delà des limites prévues, le remplaçant assurerait le service, lui-même, ou par le choix d'un autre confrère, dont il serait responsable, dans les mêmes conditions de rémunération, de garantie ; que si, au contraire, l'absence se trouvait diminuée, le remplacé verserait une indemnité de tant, pour chaque jour écoulé depuis sa rentrée jusqu'au terme primitivement fixé ; que le remplaçant payerait une indemnité de tant par jour, s'il abandonnait son poste, hors le cas de force majeure, sans assurer le service ; que le remplacé ne pourrait lui donner congé sans indemnité, que dans le cas de faute professionnelle reconnue gravement préjudiciable à la clientèle, par un arbitrage médical.

Ces précautions prises, ces conventions établies, ces conseils donnés, pourquoi le médecin se priverait-il d'un repos dont il a besoin et auquel il a droit ?

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Une névralgie épidémique.

M. le Dr M. Bartier, médecin de l'hospice de Graulhet (Tarn), rapporte qu'il vient d'avoir à soigner une véritable épidémie de névralgies scapulo-humérales, fort douloureuses. Des ouvriers mégissiers qui, à l'usine, travaillaient les fenêtres ouvertes, ont été particulièrement éprouvés, et il a paru, dans tous les cas, que le refroidissement jouait le principal, sinon l'unique rôle, dans l'étiologie.

Le point initial fixe de la douleur siégeait à l'angle spinal de l'omoplate, et couvrait d'irradiations paroxystiques l'épaule, le bras, et la paroi thoracique.

Après des centaines d'observations, dit notre confrère, je déclare m'être surtout bien trouvé du traitement suivant :

4 ou 5 sangsues au point douloureux fixe ; le lendemain, vésicatoire volant entourant les piqûres sur un bon espace ; en même temps le malade prend, à 3 heures de chaque repas, une de ces pilules :

Extrait de jusquiame......	dix centigrammes.
Extrait de valériane.......	vingt centigrammes.
Chlorhydrate de morphine.	un centigramme.
Poudre de réglisse........	q. s. pour une pilule.

Celles-ci ont paru agir avec beaucoup plus d'efficacité que les pilules à l'aconitine et les autres antinévralgiques.

Un traitement du favus sans épilation.

On commence par bien graisser le cuir chevelu avec de la vaseline phéniquée à 1 % et on applique ensuite un bonnet de bain, en toile cirée, pendant vingt-quatre heures. On enlève alors les godets faviques qui se détachent avec facilité, et on lave la tête au savon. Les applications de vaseline phéniquée et les lavages au

FEUILLETON

Choix d'auteurs.

Il y a quelque temps, la maison Hachette mettait au concours la composition d'une bibliothèque pour jeunes filles de 18 ans ; celle-ci devait être variée, quoique restreinte, ni fade, ni convenue, sans trop de classiques. Le problème est évidemment fort intéressant et on ne saurait trop signaler aux familles les œuvres supérieures, les plus aptes à former l'esprit et le caractère féminins.

Des indications analogues pourraient être données avec profit à bien d'autres personnes, selon leur âge et leur profession.

Combien ignorent jusqu'aux chefs-d'œuvre consacrés de notre langue, jusqu'aux livres les plus capables d'exciter noblement l'esprit, de l'élargir, de suggérer des idées fortes et hautes, de révéler en un mot la joie de penser, le plaisir intellectuel sous sa forme la plus haute.

Combien est légitime ce souci méticuleux du niveau des ouvrages qui doivent laisser sur le cerveau une empreinte durable, ou composer le rayon spécial qu'on ne cessera de parcourir, durant toute une vie.

En ce qui concerne plus spécialement les médecins, un pareil choix serait très difficile, et devrait varier énormément selon qu'il s'adresserait à d'humbles praticiens, ou viserait des intelligences d'élite, d'une culture exceptionnelle et d'habitudes de pensées très développées.

Le répertoire change forcément pour chacun de nous, selon ses goûts et son milieu, selon qu'il habite la ville ou les champs, selon ses loisirs ou ses ressources, selon qu'il s'agit de se distraire, de se reposer la tête ou de viser plus haut.

Il n'y a que l'embarras du choix pour les privilégiés, mais il ne saurait en être de même pour le plus grand nombre de médecins, qui ont un maigre budget et sont obligés de compter.

Même pour les ouvrages de médecine proprement dits, ils sont condamnés à la portion congrue, et doivent se contenter d'un petit nombre d'auteurs. Il s'agit donc de faire un triage dans le tas. Tout d'abord, on peut dire sans irrévérence que presque tous les anciens traités, du moment qu'ils remontent à une vingtaine d'années au plus, ont perdu une grande partie de leur valeur. — Les cliniques de Trousseau, par exemple, et de tous nos anciens maîtres, sont complètement dépréciées et se vendent au poids du papier.

Cela tient à la révolution qui s'est accomplie dans l'étude des sciences biologiques, à ce que les tra-

savon sont continués pendant quelques jours, jusqu'à nettoyage complet du cuir chevelu ; ensuite, on badigeonne les régions atteintes avec de la teinture d'iode, qu'on applique chaque jour non seulement sur la peau, mais encore sur les cheveux. Pendant quelque temps, tout en continuant ces badigeonnages, on fait aussi deux fois par semaine des applications de vaseline phéniquée suivies de lavages, puis on les cesse complètement et on se borne aux badigeonnages iodés. Lorsque, sous l'influence de l'iode, on voit survenir de l'irritation cutanée, on suspend cette médication pendant un ou deux jours pour y revenir ensuite. Au bout de quelques semaines, il suffit de faire deux applications hebdomadaires de teinture d'iode, en ayant soin de les continuer pendant cinq à sept mois, condition indispensable pour obtenir une guérison définitive, sans récidives possibles.

Emploi de la quinine en injections hypodermiques.

L'insolubilité de la quinine a mis, pendant longtemps, un obstacle à son emploi en injections sous cutanées.

Dans ces dernières années, un médecin italien avait trouvé qu'associé à l'antipyrine, le chlorhydrate de quinine se dissout facilement. Ce fait, confirmé par Gessard, au Val-de-Grâce, reçut son application, et Laveran prescrivait la formule suivante, pour injections hypodermiques :

Chlorhydrate de quinine.	3 grammes
Antipyrine............	2 grammes
Eau distillée...........	6 grammes

Le professeur Santesson (de Stockholm), reprenant la question, a montré qu'en réalité de l'association de la quinine et de l'antipyrine résultait une combinaison nouvelle, la quinopyrine, dont la toxicité serait moindre que celle de la quinine.

Pour le professeur Stoffella (de Vienne), l'association de la quinine et de l'antipyrine est inutile. Depuis de longues années il emploie le chlorhydrate de quinine seul, en injections sous-cutanées.

Son procédé est le suivant :

Il met 2 grammus de chlorhydrate de quinine, dont il a auparavant vérifié (point important) la réaction alcaline, dans une éprouvette contenant 10 grammes d'eau distillée. L'éprouvette est chauffée doucement et vers 40°6 la dissolution est complète et se maintient encore quelque temps. En refroidissant, la quinine se précipite sous forme d'une masse blanchâtre qui se redissout par la chaleur, ou en plongeant l'éprouvette dans l'eau chaude.

L'injection est complètement indolore et, d'autre part, le médicament restant soluble à la température du sang, on n'a pas, comme dans les injections de quinopyrine, de noyau d'induration, au lieu de l'injection.

Une seringue de Pravaz contient, dans ces conditions, 2 décigrammes de chlorhydrate de quinine. On peut donner ainsi jusqu'à 3 doses par jour. (*Gaz. hebd.*)

L'enfance du goutteux,

Par le Dr P. Legendre.

Parmi les écrivains qui ont traité de la goutte, les uns ont eu de la tendance à lui attribuer tous les accidents morbides, en apparence spontanés, qui se montrent dans la vie d'un goutteux depuis sa naissance ; ils semblent admettre qu'un fils de goutteux soit, toute son existence, sous la griffe de la maladie héréditaire, et, pour prévenir l'étonnement du lecteur, ils ont expliqué le lien qui rattache aux arthropathies fluxionnaires et inflammatoires de la goutte légitime, toutes les autres maladies dont peut être émaillée la carrière, souvent longue, d'un goutteux, en les qualifiant, suivant les circonstances, de goutte larvée, rétrocédée, déplacée.

D'autres nosographes ont pensé qu'il n'était pas exact de confondre ainsi, sous le nom d'une seule maladie, tant de phénomènes *morbides dis-*

---

vaux de Pasteur et de ses disciples, depuis les phénomènes de la fermentation jusqu'à l'atténuation des virus, ont renversé de fond en comble les vieilles notions étiologiques des contages, des miasmes, des germes et du fameux génie épidémique, termes obscurs, jusqu'alors inexpliqués, que sont venus préciser et illuminer les recherches de pathologie comparée, sous l'égide de la méthode expérimentale.

Dans sa leçon inaugurale, le professeur Chantemesse expliquait dernièrement comment, grâce aux travaux sur la diapédèse des leucocytes et la phagocytose, on se trouvait amené à cette conclusion que *l'inflammation* qui avait été considérée jusqu'ici comme un processus pathologique, ne devait plus être envisagée comme une maladie, mais au contraire comme une réaction bienfaisante contre la cause d'une maladie.

Ce seul trait suffira pour démontrer les divergences énormes qui existent entre le passé et le présent. Il faut donc être modernes et s'abreuver dorénavant aux sources les plus pures. — Mais quelles sont celles qui pourront le mieux étancher notre soif scientifique ? — Pour être renseigné par des guides autorisés, j'ai écrit à dix médecins des hôpitaux, ou agrégés, bien placés pour pouvoir formuler une opinion en toute indépendance.

Je leur avais demandé, au nom de l'intérêt général, de me faire connaître quels seraient, d'après eux, les ouvrages récents, à peu près indispensables qui devraient se rencontrer dans la bibliothèque de tout débutant. Il s'agissait surtout de conseiller les jeunes médecins de province, ceux qui, dans nos campagnes, sont obligés d'avoir des notions universelles, de cumuler toutes les spécialités, mais dont les ressources ne comportent que des acquisitions fort limitées.

J'avais espéré que la moitié au moins de ces messieurs pourrait se déranger pendant quelques minutes et consacrer une demi-page à leurs confrères déshérités ; mais ils sont sans doute trop occupés ou dédaignent d'abaisser leurs regards sur le menu fretin.

Hélas ! la scission tend à s'accentuer entre les grands et les petits et il faut que ces derniers se décident à se passer des autres ; ce ne sont pas eux qui y perdront le plus !

Je n'ai reçu que deux réponses, l'une du Dr Ballet, l'autre du Dr Legendre auxquels tous ceux qui les connaissent ont depuis longtemps décerné un brevet de courtoisie et de bonne confraternité : « En ce qui concerne la médecine, m'écrit M. Ballet, le très sympathique agrégé, je pense que notre jeune praticien sera provisoirement muni de façon suffisante, s'il a à sa disposition le *Traité de Médecine* de Charcot et Bouchard, accompagné du *Manuel de Médecine* de Debove et Achard. Qu'il y joi-

parates ; cette simplification apparente produit en réalité la confusion.

Avec M. Bouchard, je suis de ceux qui croient que la diathèse, c'est-à-dire la disposition héréditaire, ne doit pas être confondue avec la maladie, puisqu'elle peut se manifester sous la forme de maladies très différentes comme siège, comme processus anatomique et manifestations cliniques. On n'est pas goutteux en naissant, même fils de goutteux; on est seulement prédisposé à le devenir comme tous les fils d'arthritiques, et les accidents morbides qui surgissent successivement, pendant l'enfance et l'adolescence d'un futur goutteux, peuvent se retrouver à la même période de la vie chez les autres enfants d'arthritiques.

Dans la première enfance, qui peut être d'ailleurs exempte de tout incident pathologique, il y a lieu de signaler assez souvent la fréquence de l'*eczéma* et de l'*impétigo*. Cette dernière dermatose a beau ressortir au processus pathogénique de l'infection ; les microbes qui la causent étant vulgaires, leur développement requiert certains terrains, les téguments du jeune arthritique, comme ceux du jeune scrofuleux. Nous avons déjà insisté sur le parallélisme qui existe entre l'enfance de ces deux êtres dissemblables dans l'avenir, mais dont les diathèses ont un lien, un substratum commun, le ralentissement des mutations nutritives.

La seconde enfance des arthritiques, futurs goutteux, se fait remarquer par la fréquence des *catarrhes des voies respiratoires*, rhumes, coryzas, bronchites, débutant brusquement, affectant une grande intensité et disparaissant très vite, ayant plus l'apparence de la fluxion, que celle de l'inflammation. Les *amygdalites* sont provoquées par le moindre refroidissement. L'*urticaire* n'est pas rare.

De la douzième à la quinzième année, ils ont quelquefois une attaque de *rhumatisme articulaire aigu*, qui, dit M. Bouchard, pourra faire croire ultérieurement à des médecins non témoins de cette maladie, que la goutte avait commencé plus tôt.

Vers la quinzième année, mais quelquefois bien avant, le futur goutteux se plaint de *migraines*. Il est pris périodiquement d'*épistaxis* abondantes, se reproduisant plusieurs jours de suite, pour disparaître assez longtemps.

(*Rev. Prat. d'Obst. et de Péd.*)

THÉRAPEUTIQUE

La démorphinisation, mécanisme physiologique. Conséquences au point de vue thérapeutique.

Par M. Paul Sollier,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

J'ai dit déjà, que la nouvelle théorie que je présentais du mécanisme de la démorphinisation, permettait d'expliquer un certain nombre de faits dont les autres théories ne pouvaient donner une interprétation soutenable et qu'elles laissaient même de côté. Tels sont la production des crises éliminatoires, l'avantage du sevrage rapide, l'inutilité et le danger des médicaments soi-disant calmants ou substitutifs, et la gravité des récidives, au cours de la convalescence d'une cure rapide. Examinons successivement ces diverses questions.

***

Crises éliminatoires. — Au moment du sevrage, toutes les glandes sont le siège d'une hypersécrétion plus ou moins abondante, qui dure deux ou trois jours ; puis peu à peu tout paraît se calmer, et tout à coup survient un état de malaise, analogue à celui du sevrage, mais beaucoup moins intense, et qui s'accompagne d'une nouvelle hypersécrétion poly ou mono-glandulaire, qui amène le soulagement. Cette crise dure vingt-quatre à quarante-huit heures, et à sa suite la convalescence suit une marche plus rapide,

---

gne un bon formulaire (car je le suppose incomplètement fixé sur l'art de formuler), celui de Dujardin-Beaumetz et Yvon par exemple.

« Avec cela, s'il a pris soin au préalable d'apprendre la médecine à l'hôpital, il pourra marcher d'autant plus que s'il désire acquérir sur un sujet des connaissances plus approfondies, il trouvera des indications bibliographiques, dans le *Traité de Médecine*.

Il pourrait d'ailleurs y joindre le traité très bien fait que publient chez J. Baillière MM. Brouardel et Gilbert.

« Il va sans dire qu'il aura soin de s'abonner à un bon journal et qu'il prendra la peine de le lire. Ils sont aujourd'hui légion et je ne veux faire de réclame pour aucun. »

Voici maintenant l'opinion de M. Legendre, le chercheur laborieux, dont les lecteurs du *Concours* ont su apprécier la sûre érudition : « Actuellement, avec la floraison d'encyclopédies, que ces dernières années ont amenée, on peut en un nombre relativement restreint de volumes posséder l'état actuel de la science. Quant au choix, il dépend du prix qu'on veut y mettre.

Un traité de médecine : Je conseillerais Charcot-Bouchard-Brissaud (si je n'y avais collaboré) ; ou celui de Brouardel-Gilbert ou Debove-Achard.

Un traité de chirurgie: celui de Masson ou le Manuel dit des 4 agrégés.

Un traité d'accouchement : Ribemont et Lepage.

Un traité de thérapeutique : Manquat et un *formulaire* Yvon, ou l'art de formuler de Dujardin-Beaumetz.

Si le jeune confrère dispose encore de quelqu'argent, il pourrait tirer grand profit du *Traité de médecine Infantile*, qui se publie en ce moment, sous la direction de Grancher.

Vous comprenez qu'une bibliothèque semblable laissera nécessairement quelques *lacunes à combler*; mais, avec les innombrables *monographies* de la bibliothèque Charcot-Debove, de la collection Léauté, de la collection de thérapeutique Dujardin-Beaumetz, et de l'œuvre médico-chirurgicale entreprise chez Masson, le confrère débutant pourra toujours se procurer les renseignements spéciaux sur les cas embarrassants de sa pratique.

Il n'a qu'à emporter les catalogues.

En tout cas, il aurait tort de s'embarrasser des grands Dictionnaires encyclopédiques aussi encombrants que dispendieux que nous achetions autrefois. Le petit *Dictionnaire de médecine* de *Lereboullet* lui suffira et il y joindra utilement le vieux, mais toujours précieux Dictionnaire de thérapeutique de Bouchut et Desprez (dernière édition).

Il aurait été intéressant d'avoir d'autres avis ;

l'activité organique est plus grande, et certains appareils qui, jusque-là, avaient présenté un fonctionnement très ralenti, reprennent leurs fonctions d'une façon très active. Appétit, augmentation de poids, retour du sommeil, retour des fonctions sexuelles, traduisent cette reprise des diverses fonctions entravées par l'intoxication morphinique.

Ces crises peuvent se produire ainsi un certain nombre de fois, à des intervalles très irréguliers et avec une intensité décroissante, au cours de la convalescence.

Les théories chimiques sont impuissantes à en expliquer l'intermittence. Ni l'empoisonnement par l'oxymorphine, ni l'hyperchlorhydrie, au moment du sevrage, ne permettent de comprendre qu'une fois le sevrage accompli, des phénomènes analogues à ceux qui l'accompagnent se produisent à nouveau. En admettant au contraire le mécanisme que j'ai proposé, les choses s'expliquent aisément et rentrent dans les données de la pathologie générale. Il s'agit, en effet, ai-je dit, d'une véritable desquamation épithéliale et endothéliale des muqueuses imprégnées par la morphine, et dont les glandes ont cessé de fonctionner sous cette influence. Au moment du sevrage, la violente réaction organique que produit la reprise de l'activité glandulaire, amène l'élimination de la plus grande partie des cellules altérées par le poison. Mais les couches sous-jacentes ne sont pas encore normales. Elles suffisent pendant un certain temps à la fonction glandulaire. Mais la poussée des couches plus profondes étant très active, ces secondes cellules tombent à leur tour, d'où production de la crise éliminatoire, analogue à celle du sevrage. Le même phénomène se reproduit ainsi plusieurs fois de suite, d'une façon analogue à ce qui se passe pour la peau quand elle a été altérée par une maladie infectieuse, une fièvre éruptive, par exemple. Après la chute des premières couches épidermiques, de nouvelles chutes des couches sous-jacentes se produisent pendant un certain temps, jusqu'à ce que la peau soit complètement renouvelée dans ses éléments Eh ! bien, dans la démorphinisation, ce phénomène se passe non seulement pour la peau, mais pour les organes, et les glandes principalement : estomac, intestin, foie, testicules, peau, etc. Les crises éliminatoires ne sont autre chose que des desquamations successives des organes glandulaires.

Il est intéressant de voir pendant combien de temps elles se produisent, car leur cessation correspond au retour *ad integrum* des organes. Or, pendant six semaines à deux mois après le sevrage, elles peuvent se produire et quelquefois même plus longtemps. D'où la nécessité de maintenir en traitement les morphinomanes, au moins pendant ce temps, sous peine de les exposer à des récidives. En effet, parmi les symptômes qui accompagnent l'apparition de ces crises, se montre le désir de morphine, et l'on comprend dès lors combien il est dangereux de laisser livré à lui-même un morphinomane, tant qu'il est sujet à des troubles qui sont capables de réveiller chez lui le besoin de son ancien poison.

***

Sevrage rapide. — C'est un fait reconnu aujourd'hui, par tous les médecins compétents, en fait de morphinomanie, que le sevrage rapide est la meilleure méthode de traitement. Encore faut-il, pour le pratiquer, avoir une conception précise du mécanisme de la démorphinisation. Sinon, l'on s'expose à des mécomptes et même quelquefois à des dangers réels, comme je vais le montrer. Etant donné le mécanisme de l'élimination morphinique que j'ai exposé, il va de soi que plus la réaction de l'organisme sera vive, plus la desquamation sera abondante du premier coup et plus la régénération organique se fera rapidement. Plus vite l'organisme se renouvellera dans ses éléments et plus la convalescence se passera bien et la santé reviendra complètement. Plus, par conséquent, les chances de récidive diminueront. Il se passe là ce

---

mais devant le demi-insuccès de ma consultation, je n'ai plus osé frapper à la porte des gros mandarins de la profession, qui, je le crains, comme de *mauvais bergers*, n'aiment pas beaucoup à donner, ne serait-ce que de banales consolations, opium destiné à apaiser les révoltes des pauvres bougres qui triment misérablement au bas de l'échelle sociale.

Nous n'en devons que plus de gratitude à MM. Ballet et Legendre, qui ont bien voulu réserver un bon accueil à notre requête.

Pour compléter leurs indications, je serai peut-être plus heureux dans notre propre milieu qu'auprès des repus et des satisfaits, car dans notre association aux instincts altruïstes, où on tend à se solidariser de plus en plus, on a le souci du voisin et de ses intérêts, dût-on n'en retirer aucun bénéfice. Il se rencontrera probablement, parmi les quatre mille membres affiliés au Concours, quelqu'érudit, quelque bibliothécaire, capable aussi de montrer du doigt les ouvrages qui doivent faire partie du bagage de tout médecin qui s'installe en province.

Qu'il me soit permis d'y joindre un vœu, c'est qu'à côté des volumes pompeux, à côté des fastueux et trop décevants traités de thérapeutique ou de pathologie, il y ait place pour quelque modeste brochure, indiquant au nouveau venu ses droits et ses devoirs, lui enseignant les règles essentielles de la déontologie. J'aimerais à voir figurer sur sa table de travail, bien en évidence, une plaquette concernant le médecin de l'âme, apprenant l'adoucissement moral des souffrances humaines, mentionnant les moyens les plus propres à bercer d'une illusion précieuse les simples neurasthéniques comme les condamnés sans appel.

Après l'élixir de longue vie, après les anesthésiques de tout ordre, l'espoir pieusement entretenu, les encouragements propres à empêcher les défaillances suprêmes et les terreurs de la dernière heure.

C'est avec raison que Dumas a soutenu que Dieu, en déclarant que le mensonge était un péché, avait fait une exception pour le médecin et lui avait permis de mentir, chaque fois qu'il se trouverait en présence de cas désespérés.

J'ai menti quelquefois, en pareil cas, et je n'ai jamais regretté d'avoir allumé quelques lueurs consolantes dans les yeux à moitié éteints des moribonds.

Dr Grellety (de Vichy).

qui se passe pour des maladies infectieuses, où le retour à la santé se fait d'autant mieux que l'affection a suivi une évolution plus aiguë, à la condition, bien entendu, que l'organisme ait été en état de réagir contre l'infection.

Il en résulte que le but qu'on doit se proposer, dans la démorphinisation, est de favoriser le plus possible l'élimination des cellules glandulaires altérées, de la provoquer si elle tarde à se faire, ou se ralentit et s'arrête trop tôt. Pour remplir cette indication, il suffit d'exciter l'activité glandulaire par tous les moyens connus, en même temps que l'on procède à la diminution de la morphine. Les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, etc., doivent être employés concurremment. Sous l'influence de ces excitants d'une part, de la diminution rapide de la morphine de l'autre, la reprise de l'activité glandulaire commence ainsi dès avant le sevrage définitif. L'effort de l'organisme, à ce moment, est donc beaucoup moins intense, les voies d'élimination étant déjà préparées. Il en résulte que le cœur n'est pas obligé à un travail excessif, et que la douleur provoquée par la réaction de l'organisme, pour se débarrasser de ses éléments, altérés, est aussi réduite que possible. Aussi, depuis que j'applique cette méthode, n'ai-je eu à constater, même chez des cardiaques, aucune défaillance du cœur, aucune syncope ; et encore moins, à plus forte raison, n'ai-je jamais eu à redouter ce fameux collapsus qui épouvante tant les morphinomanes désireux de se guérir et les médecins qui n'en ont pas l'expérience.

Lorsque le morphinomane est ainsi préparé au sevrage, non seulement il n'y a pas d'accident grave à redouter, mais il est inutile de lui administrer aucun tonique du cœur, tel que la spartéine ou la caféine, le surmenage du cœur n'étant plus à craindre.

Quand, au contraire, on procède au sevrage sans avoir eu soin au préalable de préparer l'élimination glandulaire, on s'expose à ce que l'on pourrait appeler une *pseudo-démorphinisation*.

***

Voici ce que j'entends par là. Il ne faut pas confondre en effet le sevrage et la démorphinisation. *Il peut y avoir sevrage sans démorphinisation*, et dès lors, si l'élimination ne se produit pas comme elle le doit, non seulement la convalescence ne se fait pas, ou d'une manière lente, torpide, mais encore des accidents graves et même mortels peuvent se produire. J'en citerai deux cas entre plusieurs autres.

Je suis appelé un jour auprès d'un confrère, morphinomane depuis plusieurs années et réduit à se guérir pour pouvoir continuer sa clientèle. Ne voulant pas entrer dans une maison de santé, il avait entrepris sa cure chez lui, et naturellement s'était servi de la méthode lente. Il diminue progressivement pendant six semaines, au bout desquelles il ne prenait plus que 2 ou 3 centigrammes par jour. Mais à ce moment, il était extrêmement affaibli ; pendant tout ce temps, il avait continué à être constipé, il avait perdu l'appétit, le sommeil ; il était très énervé ; le cœur était irrégulier ; il avait une atonie générale, et les fonctions, au lieu d'avoir repris sous l'influence de la diminution de la morphine, étaient encore plus ralenties. Il y avait des menaces de syncopes quand on voulait supprimer les derniers centigrammes. Après l'avoir préparé de la façon que j'ai dite plus haut, je fis procéder au sevrage. Tout se passa sans accident. Au bout de huit à dix jours, le malade commença à recouvrer l'appétit et un peu de sommeil, et on put le croire tiré d'affaire. Mais à ce moment, le cœur, épuisé par sa longue lutte des six semaines de suppression lente, présenta des phénomènes de myocardite qui amenèrent la mort en trois jours. Rien dans son état organique ne justifiait une pareille issue, qui ne fut que le résultat de l'épuisement produit par cette longue lutte du cœur et de l'organisme, pour provoquer l'élimination qui ne se faisait pas. La suppression lente est, quoi qu'on en dise, plus aléatoire et plus dangereuse que la suppression rapide.

Dans le second cas, les choses tournèrent mieux, heureusement, et la démonstration est encore plus nette. Il s'agit encore d'un confrère, morphinomane depuis vingt-cinq ans et âgé de soixante-trois ans. Obligé de suspendre ses cours et ses travaux, par suite de son affaiblissement, plusieurs de ses collègues lui conseillèrent de supprimer brusquement la morphine. Décidé à en finir, il le fit chez lui. Mais aucune élimination ne se produisit. Au contraire, la constipation fut tenace, et des douleurs généralisées, à caractère hyperesthésique, lui enlevèrent tout repos, tout sommeil. L'appétit était nul et l'alimentation de plus en plus impossible. On administra, pour obtenir le calme, des lavements de chloral sans résultat. Au bout d'un mois, l'état était toujours le même ; l'amaigrissement était très marqué, la faiblesse considérable. On se décida à me l'adresser, de peur d'une issue fatale rapide. Je n'eus pas de peine à constater que, si ce sujet était sevré, il n'était en aucune façon démorphinisé. Je procédai donc comme s'il en était au moment du sevrage et provoquai la mise en jeu de tous ses appareils glandulaires. Tout se passa comme s'il s'était agi d'un morphinomane sevré de la veille. Au bout de dix jours, il était debout : l'appétit ne tarda pas à reparaître, et, au bout de deux mois et demi, il pouvait retourner à ses affaires, ayant repris 26 livres de poids, ayant recouvré son appétit, son sommeil et ses forces.

Je pourrais citer d'autres cas encore, où les choses, tout en étant moins graves, se présentèrent d'une façon analogue, par suite de cette confusion entre le sevrage et la démorphinisation, et d'une absence complète de théorie du mécanisme de cette dernière, dont le sevrage n'est que l'un des temps.

***

Les calmants et les substitutifs. — Que se propose-t-on avec ces médicaments ? Calmer la douleur de la suppression. Or, nous avons vu à quoi elle tient : à l'état de tension des organes glandulaires, et nous avons dit que l'évacuation des sécrétions amenait immédiatement un soulagement.

Le seul moyen rationnel de calmer, et qui mieux est, d'éviter la douleur, est de provoquer et de faciliter cette évacuation par des moyens appropriés aux divers appareils en jeu. Tout médicament dit calmant ne peut l'être qu'à la condition d'empêcher cette tension organique

de se produire, c'est-à-dire d'enrayer l'élimination, et, par conséquent, d'aller à l'encontre du but qu'on se propose dans la démorphinisation. Aussi voit-on, sous l'influence de ces médicaments calmants, les phénomènes d'élimination, diarrhée, sueurs, salivation, sécrétion lacrymale, etc., s'arrêter. Il y a, en somme, pseudo-démorphinisation, et nous en avons vu plus haut les dangers. Tous les médicaments hypnotiques ont ce résultat et leur emploi est un non-sens thérapeutique.

Quant aux substitutifs, c'est une pure dérision que d'en proposer, à moins d'espérer allécher avec cet appât des morphinomanes pusillanimes. Ni le phosphate de codéine, ni la napelline, ni tant d'autres drogues que les auteurs de traités de la morphinomanie préconisent à l'envi, sans en indiquer, d'ailleurs, le mode d'administration, mais dont ils se contentent de vanter les merveilleux effets, ne sauraient être considérés comme de véritables substitutifs. Leur valeur est, d'ailleurs, bien illusoire, si l'on en juge par leur succès éphémère.

Il y a des adjuvants, au moment du sevrage, dont on peut se servir sans danger, tels que la spartéine ou la caféine, lorsque le cœur est peu résistant. Mais on s'en passe facilement, lorsqu'on a pris soin de préparer l'organisme de telle sorte que l'effort du cœur soit aussi peu considérable que possible. Il en est d'autres, tels que l'antipyrine, le bromure de potassium, qui ont une certaine utilité lorsqu'il y a tendance à la congestion céphalique.

Quant aux médicaments ayant pour but d'enrayer certains phénomènes de suppression, la diarrhée, les sueurs, l'insomnie, c'est un simple contresens que de les employer, puisque ces phénomènes tiennent à la reprise d'activité des appareils dont les fonctions étaient précisément enrayées par la morphine.

Je dois particulièrement insister sur ce point, à propos de l'insomnie, qui est un des symptômes qu'on cherche le plus souvent à combattre, et qui est lié d'une façon évidente au retour de l'activité cérébrale. Aussi, tous les médicaments hypnotiques, sulfonal, chloral, bromidia, etc., n'ont-ils d'autre résultat que d'ajouter une intoxication à celle qui atteint déjà le cerveau, et n'agissent-ils qu'à des doses assez massives procurant, non un vrai sommeil réparateur, mais une sorte de torpeur, d'abrutissement, à la suite duquel la convalescence se trouve enrayée. Le sulfonal, en particulier, est des plus dangereux au cours de la démorphinisation.

Toute substance qui a pour résultat d'atténuer les phénomènes d'élimination, enraye la convalescence et devient, par là même, une cause de malaise et un véritable danger pour la santé future. C'est un principe dont on ne saurait se départir sous aucun prétexte, quand on traite les morphinomanes.

La clinique en donne chaque jour la confirmation. Si ces phénomènes s'arrêtent spontanément chez un morphinomane au cours de sa convalescence, on voit aussitôt l'appétit diminuer, l'insomnie reparaître, le poids cesser d'augmenter, et un malaise général survenir. Provoquez les sécrétions des appareils dont vous constatez l'arrêt de fonctionnement, et aussitôt, malgré les évacuations très abondantes qui, à première vue, devraient épuiser le sujet, vous voyez, au contraire, la convalescence reprendre son cours, et malgré la diarrhée, les sueurs, etc., l'appétit renaître, le sommeil revenir et le poids augmenter. On a fait ainsi l'épreuve et la contre-épreuve de la théorie que j'ai énoncée.

* * *

Gravité des récidives. — Une dernière conséquence découle de cette théorie, conséquence justifiée par les faits cliniques : c'est la gravité des récidives, au cours de la convalescence, avant que le travail de réparation, de régénération organique soit achevé. Tous les morphinomanes récidivistes dans ces conditions, constatent que, non seulement la morphine ne leur apporte plus le même soulagement qu'autrefois, mais qu'il leur suffit de doses extrêmement faibles pour voir la déchéance de leur état général survenir rapidement.

Et cela se comprend très aisément, quand on songe à la façon dont la desquamation et la régénération des glandes se produisent. Si on introduit de la morphine dans l'organisme, avant que cette régénération soit complètement achevée, elle va agir, non pas sur des éléments adultes, résistants, mais sur des éléments de néoformation, n'offrant qu'une très faible résistance à l'action toxique, et dont les altérations, par conséquent, risqueront d'être irréparables. La rapidité avec laquelle ces éléments jeunes seront mis hors d'état de fonctionner sera, en tout cas, bien plus grande que s'il s'agissait d'éléments adultes. Ceci nous explique donc l'intensité avec laquelle, malgré de petites doses de poison relativement à celles prises antérieurement, la santé générale s'altère chez les récidivistes *précoces*.

Cette manière de voir se trouve corroborée par ce fait que les récidivistes *tardifs*, c'est-à-dire ceux qui récidivent au bout d'un an ou plus, alors que la régénération organique est complètement achevée, se comportent au contraire comme des morphinomanes intoxiqués pour la première fois.

Il résulte de ces considérations que les médicaments quelconques, qui enrayent les phénomènes d'élimination, présentent un danger tout à fait analogue à celui de la morphine elle-même, surtout s'ils présentent eux-mêmes un certain pouvoir toxique.

* * *

En somme, l'étude du mécanisme physiologique de la démorphination nous fournit les indications d'un traitement rationnel de la morphinomanie qui peut se résumer de la manière suivante : provoquer et favoriser le plus possible les sécrétions de toutes les glandes, sevrer aussi rapidement que possible de la morphine, n'intervenir ensuite que pour entretenir l'élimination des éléments cellulaires altérés par l'intoxication, et surveiller les morphinomanes pendant toute la période nécessaire à la régénération glandulaire.

(*Presse médicale.*)

PRATIQUE OTOLOGIQUE

Technique des pansements d'oreille.

Le médecin praticien, peu familiarisé en général avec la thérapeutique des maladies d'oreille, est souvent fort embarrassé lorsqu'il s'agit de prescrire un traitement régulier à un malade atteint d'otite, tant aiguë que chronique. Il lui arrive fréquemment, après avoir judicieusement établi le diagnostic et les indications générales du traitement, de ne pouvoir utiliser les meilleures armes de l'arsenal thérapeutique, précisément parce qu'il n'a pas bien présente à l'esprit, dans ses mille détails, la façon précise de s'en servir.

Nous avons déjà indiqué, il y a quelque temps, dans le *Concours médical*, la technique des injections auriculaires, dont l'importance est certes grande en otothéraphie. Nous avons vu cependant, en outre, qu'elles servaient uniquement à nettoyer, à balayer le conduit et la caisse tympanique ; il serait véritablement illusoire de compter sur elles pour une action modificatrice *quelconque*.

L'irrigation d'oreille, en un mot, est le premier temps ou, pour mieux dire, le prélude du pansement proprement dit de cet organe. Une fois, en effet, les cavités du rocher bien nettoyées, le pus chassé au dehors de l'oreille, les lésions pathologiques sont entièrement mises à nu, et il est possible alors d'agir sur les points malades, par des topiques appropriés que l'on appliquera sous différentes formes, instillations, insufflations, attouchements, etc.

Tels sont les véritables pansements d'oreille.

L'Instillation, dont nous allons d'abord parler, reste certainement le procédé le plus simple pour obtenir sur l'oreille une action déjà sérieuse, antiseptique, astringente ou modificatrice, et à ce titre elle est d'un emploi très fréquent. Elle présente d'ailleurs le précieux avantage de pouvoir être appliquée, sans inconvénient, par le malade lui-même. En somme, elle constitue un bain local, auquel les cavités de l'organe de l'ouïe se prêtent fort bien, en raison même de leur anatomie.

L'instillation se pratique de la façon suivante :

Le malade inclinant fortement la tête sur l'épaule du côté sain, redresse soigneusement le conduit auditif externe, par une traction soutenue sur le pavillon, en haut et en arrière. Il fait verser alors, dans le conduit, une quantité déterminée de liquide, qu'il conserve ainsi pendant environ cinq minutes. Dans certains cas, il est bon d'appuyer doucement sur le tragus, pour refouler plus profondément la solution, ou bien, si l'on veut au contraire empêcher la pénétration dans la trompe, d'éviter tout mouvement de déglutition.

Les cinq minutes écoulées, le malade redresse la tête, en ayant soin d'absorber avec un linge ou du coton, le liquide qui s'écoule de l'oreille. L'instillation est alors terminée, mais il convient encore, toutefois, d'introduire finalement un tampon d'ouate dans le méat, pour protéger les parties profondes.

La quantité de liquide nécessaire à l'instillation auriculaire est variable. Presque généralement on verse la solution médicamenteuse avec une cuillère à café, de façon à emplir entièrement les cavités accessibles de l'oreille, conduit et caisse tympanique, si la membrane est détruite. Cependant, dans certains cas pathologiques nettement localisés à la profondeur, il peut être inutile de baigner tout l'organe.

Plus souvent aussi, lorsqu'on emploie des produits toxiques, cocaïne, atropine, chez les enfants en particulier, il vaut mieux limiter la dose de médicament instillé.

Le compte-gouttes est alors l'instrument de choix, car il permet d'employer une quantité faible et limitée de liquide, dix, quinze, vingt gouttes par exemple.

Les préparations ainsi utilisées doivent toujours être tièdes, puisque, nous le savons déjà, l'oreille supporte très mal, dans sa cavité, le contact du froid.

On chauffera donc le liquide avant de s'en servir, soit au bain marie, soit sur une lampe à alcool simplement.

En ce qui concerne les agents médicamenteux susceptibles d'être employés en instillations auriculaires, ils sont nombreux, et leur formulaire s'enrichit, en outre, tous les jours. Cependant il faut faire une distinction importante suivant l'état même de l'oreille, et en particulier, suivant qu'il y a ou non intégrité du tympan.

Certains produits, en effet, avantageusement prescrits pour le conduit seul, sont plus mal tolérés par la caisse, si le tympan est détruit. Il est facile de s'en rendre compte, en se rappelant que le revêtement de l'oreille moyenne est muqueux, alors que celui de l'oreille externe est cutané : or les muqueuses et la peau réagissent d'une manière différente, au contact des préparations pharmaceutiques. Par exemple, les instillations de sublimé, de liqueur de Van Swieten, excellentes sur les furoncles de la peau du conduit, ne sont guère utilisables quand il s'agit de suppurations de la caisse tympanique. L'alcool boriqué, le phénosalyl, au contraire, réussissen très bien dans les deux cas.

D'autre part, les instillations auriculaires peuvent être, comme nous l'avons dit, les unes astringentes (tannin), les autres modificatrices (ichtyol à 1 %, acide picrique à 1 %), ou d'autres, enfin, antiseptiques.

Ces dernières l'emportent de beaucoup aujourd'hui en importance sur toutes les autres, et on emploie ainsi la liqueur de Van Swieten pure ou dédoublée, la glycérine phéniquée à 1/20 pour le conduit, le phénosalyl en solution aqueuse à 1 %, additionné ou non d'alcool, l'alcool boriqué saturé pur ou étendu d'eau, etc.

Enfin, pour terminer cette importante question des liquides instillables dans l'oreille, nous croyons devoir signaler, ici, les dangers de certaines pratiques populaires encore très répandues, qui consistent à verser dans le conduit auditif, dans le but de calmer des douleurs, des préparations irritantes, du chloroforme et surtout de l'éther. L'action caustique de ces médicaments provoque immédiatement une vive douleur et consécutivement une otite assez sérieuse, généralement, parfois très grave.

Après l'instillation, il convient de décrire parmi les pansements d'oreille, l'insufflation de substances pulvérulentes. Cette dernière méthode se pratique aisément avec l'aide d'un lance-poudre quelconque et l'arsenal des fabricants

d'instruments chirurgicaux en contient de nombreux modèles.

On peut, il est vrai, se servir avantageusement d'un simple tube de verre cylindrique, auquel est adapté un autre tube en caoutchouc.

Après avoir rempli d'un demi ou d'un centimètre l'extrémité libre du tube de verre, il suffit de l'appliquer sur le méat auditif, dans l'axe même du conduit et de souffler alors, par un coup sec, à l'extrémité du caoutchouc.

Inutile d'ajouter qu'il est nécessaire, avant toute insufflation, comme avant toute instillation, de nettoyer soigneusement l'oreille par une injection bien faite.

Les insufflations de poudre constituent, à l'heure actuelle, un mode de pansement beaucoup moins employé que le bain d'oreille. On leur reproche, entre autres choses, de former avec le pus une masse concrète, susceptible d'obstruer le conduit et de devenir un obstacle à l'écoulement normal de la suppuration. Il est bon, en particulier, de s'en abstenir dans les cas aigus et lorsque la sécrétion otique est abondante. L'usage des poudres dans l'oreille ne peut guère rendre des services que lorsque la sécrétion est assez légère.

Nous arrivons maintenant à la technique des attouchements et badigeonnages de l'oreille, pansements plus actifs que les précédents, mais nécessitant l'intervention directe du médecin. Nous laisserons de côté, d'ailleurs, les cautérisations, grattages, qui ne peuvent plus être rangés dans le même cadre.

L'attouchement permet au praticien d'agir directement sur le point malade, à l'exclusion de tous les autres ; aussi comporte-t-il l'emploi de préparations beaucoup plus concentrées et beaucoup plus actives.

Grâce à lui, il est possible de limiter exactement la quantité de liquide employé et d'agir, en un mot, avec beaucoup plus de précision et de sûreté que précédemment.

Un tel mode de pansement nécessite naturellement l'emploi du spéculum, indispensable pour bien voir les régions atteintes et pour diriger le tampon médicamenteux.

Il demande, comme appareil instrumental, simplement une tige métallique, dont l'une des extrémités est boutonnée ou présente quelques encoches. On roule autour de cette dernière extrémité une petite quantité d'ouate, qui est ainsi bien retenue et solidement fixée.

On imbibe alors le bourdonnet ainsi formé, on l'exprime avec soin pour l'appliquer enfin au travers du spéculum sur les régions malades.

Rappelons encore la nécessité absolue de n'employer que de l'ouate chirurgicalement propre et de ne faire, là comme ailleurs, que des pansements aussi aseptiques que possibles.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La timidité.

Non pas timidité de maintien qui, elle, se corrige par l'habitude du monde, mais timidité d'action, qui demeure, toute sa vie parfois, un des grands défauts du praticien, et contre lequel il devra réagir de toutes ses forces.

Comment triompher de ce travers qui est un de ceux que la clientèle pardonne le moins ? Sans doute il est à cet égard des êtres prédestinés, des natures molles ou craintives que la timidité accompagne, depuis l'enfance, jusqu'à la fin de leur carrière ; celles-ci, une éducation vigoureuse leur a bien souvent manqué. Tenu à la lisière, l'esprit reste à l'attache. Même libéré de la chaîne, il n'ose plus prendre l'élan.

A côté de ces timidités de naissance, qui échappent, pour l'ordinaire, à toute tentative de répression, il en est d'autres qui, survenant, au contraire, au cours de la vie, appartiennent moins au tempérament qu'aux circonstances qui les ont fait naître. Ce sont des timidités acquises qui, tout juste parce qu'elles n'existaient pas à l'origine, offrent une prise autrement large à la prophylaxie, encore plus qu'au traitement. On les évite mieux qu'on ne les guérit.

Il y a, d'abord, dans ce second groupe, les timidités par instruction insuffisante. Au cours de ses études, le praticien a négligé l'hôpital ; le voilà aujourd'hui pris au dépourvu et bien mal appuyé par ses livres. Il y a loin de la description sur le papier à la réalité, telle qu'elle se présente dans sa complexité et ses perspectives variées à l'infini. A passer de la vue théorique à l'application pratique, les aspects du chemin se sont singulièrement modifiés. Ce qui était simple, uni, bien dessiné et soigneusement sablé dans le domaine restreint du livre, est devenu un terrain immense, inégal, accidenté, plein d'imprévus, creusé de fondrières, et même, dans ses meilleurs endroits, très peu sûr, et où le pied enfonce à chaque pas, dès qu'on atteint aux horizons de la maladie, telle qu'elle est réellement dans la nature, et non pas seulement telle qu'elle est arrangée et peignée pour la description écrite.

Faute d'avoir assuré, par une instruction clinique solide, le fondement de ses connaissances, le débutant, à entrer du jour au lendemain dans des régions si nouvelles pour lui et qui diffèrent si complètement de celles que lui annonce son guide imprimé, ce débutant ne tardera pas à tomber dans des effarements quotidiens, qui commanderont de sa part une réserve extrême. Il aura beau être doué d'aplomb et être sûr tout d'abord de ses mouvements : de rouler à tout instant de droite et de gauche dans des ravines qu'il n'aperçoit pas, aura bien vite fait de lui rabattre de sa présomption. Si mortifié sera-t-il, qu'il redoutera bientôt de faire le moindre pas ; il aimera mieux ne pas bouger ; comme cela au moins, le terrain ne cédera pas sous ses pieds. La timidité, suite d'aplomb excessif et d'aveuglement, voilà ce qu'il aura gagné. L'acquisition n'est pas brillante. Un peu plus de zèle dans son stage hospitalier la lui eût évitée.

Il aurait réussi à s'y soustraire, que plus tard, dans la vie, il ne sera pas toujours aussi heureux. La timidité, même quand elle n'est pas l'apanage de la jeunesse, finit toujours, plus ou moins, par être le lot de l'âge mûr. On a sa carrière faite, sa réputation acquise ; on ne sent pas le besoin de l'agrandir ou l'on a peur de la compromettre. Le praticien en pleine possession de la clientèle se montrera plus timide que dans les années de lutte où il était en train de la former. Et puis, il ne faut pas oublier le poids des ans : à eux seuls, et sans autre considération,

ils suffisent pour ralentir le geste et faire baisser le ton.

Et le mariage, quelle autre influence déprimante !

La femme, quel terrible dissolvant d'énergie elle devient parfois pour le mari ! Surtout si elle-même se croit un esprit fort et possède du tempérament ! En pareille occurrence, le mari n'en mène pas large. Le souvenir de la férule conjugale le poursuit dans la clientèle. Il a toujours peur d'être battu.

Aussi ne se risque-t-il guère ! Dressé à faire patte de velours au logis, il a désappris à sortir ses griffes ; dans les cas où une thérapeutique d'attaque serait de mise, il se tient sur la défensive, tout entier à ses perplexités, tremblant de conclure et de prendre une décision ferme.

La femme, déformatrice opiniâtre des caractères, — le thème est connu. Quand ses variations s'exécutent dans la sphère médicale, elles expliquent bien des abdications et des défaillances.

Ne raillons pas les confrères timides. Quelques-uns le sont devenus par crainte de la tempête et pour maintenir la sérénité du ménage. C'étaient des sages. Félicitons-les de leur attitude. Résignés, ils ne songent même pas au divorce. A quoi bon ! Le remède ne les guérirait plus. On n'y recourt qu'à bout de patience et quand il est trop tard. Le pli est pris. La timidité conjugale est une bosse irréductible, et on ne la redresse pas comme on ferait d'une gibbosité pottique. — CH. FIESSINGER.

(*Médecine moderne.*)

Les doctrines chirurgicales modernes devant les tribunaux.

Un procès d'un intérêt très réel vient de se dérouler à Berlin. Il a trait à un point de déontologie chirurgicale très discutée, et a mis en mouvement le grand maître de la science opératoire allemande, M. le Pr Von Bergmann.

Voici d'abord le résumé des faits. Il y a quelque temps, M. le Dr Seidel, chirurgien des hôpitaux de Berlin, se suicidait tout à coup, à la suite d'une dénonciation dirigée contre lui et adressée aux autorités compétentes, par ses assistants. Ceux-ci accusaient leur chef d'avoir causé la mort d'un ou plusieurs malades, pour les avoir opérés, étant atteint, lui chirurgien, d'une maladie infectieuse d'un doigt ! Seidel, se sentant compromis, les yeux lui ayant été ouverts par cette démarche extraordinaire, n'avait pas hésité à payer de sa vie cette inadvertance ou, plutôt, ce dédain des doctrines chirurgicales modernes.

Au début, on s'efforça de mettre l'affaire sous le boisseau. Mais bientôt les parents, et en particulier les frères de Seidel, s'émurent des bruits qui circulaient. Certains médecins, jugeant très sévèrement la conduite des jeunes gens qui avaient dénoncé leur maître, les frères Seidel se décidèrent à accuser ces derniers d'avoir causé la mort de l'opérateur et portèrent la question devant les tribunaux.

Le Pr Von Bergmann intervint alors comme expert et fit, à l'égard des assistants, une déposition d'une violence inusitée. En tout cas, il condamna très énergiquement leur conduite et s'efforça de montrer qu'il était absolument impossible de faire un crime à un chirurgien de ses procédés techniques. Seidel était docteur et chirurgien de l'hôpital, par conséquent maître absolu chez lui. Il avait le droit de tuer tous les malades, suivant les règles de son art à lui : ce qui est aller un peu loin !

Certes, nous n'essayerons pas de justifier la façon employée par les élèves de Seidel pour ramener leur maître aux saines théories. Nous serions assez mal reçu, si nous voulions nous solidariser avec eux ! Mais il est probable que, s'ils ont eu recours à ce fort mauvais moyen, qui, en l'espèce, fut désastreux, c'est que tous les autres, depuis les procédés de douceur, jusqu'à ceux destinés à amener la conviction scientifique, avaient été employés en vain. D'un autre côté, il faut tenir compte du but poursuivi : *sauver des malades* et *non pas se venger* d'un chef autoritaire ! Quant au Pr Von Bergmann, il a défendu, avec son indiscutable autorité, le droit au *monopole* de la médecine officielle et celui de l'*infaillibilité* que créent nos diplômes actuels, et auxquels ils nous donnent droit, tant qu'il n'y a pas de *faute lourde*. Reste à savoir si c'est une *faute lourde* que de violer les règles de l'asepsie la plus élémentaire ! Sur ce point précis, nous nous tairons, notre conviction étant faite. D'aucuns prétendront que ce silence est une éloquente réponse. Eh bien soit ! Cela ne saurait nous déplaire d'être éloquent à si bon compte.
(*Gazette médicale de Paris.*)

Marcel BAUDOUIN.

La médecine et le latin.

Il ne suffit pas d'avoir un goître, pour être joli garçon. On essaie pourtant de nous persuader que l'ignorance crétine du grec et du latin suffira pour former des médecins distingués.

Cette querelle du latin, treize fois vidée, donne aux lettrés l'invincible nostalgie du déjà lu. Les arguments y prennent la couleur et l'aspect des formes vagues que le croc retire des poubelles. Offrir au public des chats crevés et des trognons de choux comme plats du jour ou fruits du progrès, telle est la besogne de biffin qu'ont entreprise les soi-disant rénovateurs de l'esprit français et de l'énergie française.

Ainsi donc, il faut les en croire, au vieux temps et par le méfait de l'éducation classique, il n'y avait pas d'hommes, il n'y avait que des tripes ; et la place des Savants était tenue par des enfants de chœur. Les Montcalm et les Dupleix ne s'étaient nourris sans doute que de langues vivantes ; et nous apprendrons un de ces jours que le jeune Bichat, comme Lagrange et comme Laplace, sortait de cet enseignement moderne qu'on désigne plus généralement sous le nom de « cours des bestiaux ».

* * *

Le prolétariat intellectuel, dont M. Henry Bérenger dénombrait naguère les escouades montant à l'assaut des asiles de nuit, se recrutera par régiments pleins si l'on substitue au latin les « notions utiles ». Dans les cafés, derniers salons où l'on cause, les baveux répètent entre deux bocks ce qu'un académicien a écrit sous lui : « l'enseignement du latin fait les déclassés ». C'est au contraire le latin qui rebute ; c'est la vieille éducation qui barre l'accès des Ecoles à des milliers d'éphèbes qui, n'ayant pas « mordu » au

latin, se résignent à faire leurs trois ans de soldat.

Quant à nous, docteurs en médecine et praticiens, nous n'en sommes plus à plaindre les bacheliers qui couchent sous les ponts, pour cette excellente raison que beaucoup de nos confrères n'ont pas d'autre domicile, et qu'on y prépare notre propre couverture. Comme, sans doute, nous ne sommes pas encore assez nombreux dans la profession, on veut, en biffant le latin des programmes, engager les bataillons scolaires à envahir le cours de Farabeuf. Nous estimons que la dispense militaire est déjà une cause suffisante de notre encombrement, c'est-à-dire de notre infortune ; et quand on nous crie :

« Sus au latin ! »

nous répondons :

« Les étudiants sac au dos ! »

Dr Besançon.

(*Journal de médecine interne.*)

Ordre des médecins, Sou médical.

Nous regrettons de ne pouvoir publier *in extenso* une intéressante étude que nous venons de lire dans le *Bulletin d'Oculistique* (de Toulouse). Elle est due à M. le Dr Secheyron, professeur agrégé de la Faculté de médecine de cette ville, et porte le titre de *Considérations contre l'Ordre médical*, qui nous dispense d'indiquer le sens de ses conclusions.

Mais nous nous ferions scrupule de ne pas mettre sous les yeux de nos lecteurs le passage suivant, dont le *Sou médical* semble avoir inspiré l'idée, tant cette société réalise le programme d'action rêvé par M. Secheyron :

N'égarons pas nos efforts ; ils doivent surtout porter sur les œuvres existantes ; elles ont fait leurs preuves ; il suffira de les améliorer, de les fortifier ; allons, surtout, vers celles où prédomine l'idée de DROIT, DE JUSTICE ET DE CHARITÉ.

Mais ces œuvres, pour être utilement protectrices, ont besoin de reposer sur une base solide : le capital. L'amour du prochain seul, est insuffisant ; l'arme essentielle, c'est l'argent.

Si les médecins veulent créer une ligue de défense contre les indignes, les charlatans, les indélicats de la profession et les exploiteurs de toute nature, ils ne doivent pas seulement lutter avec de belles phrases, drapés dans la dignité représentative de membres d'un Ordre médical ; ils doivent se cotiser, fonder une caisse de prévoyance pour la défense des intérêts généraux et individuels ; on se trouvera alors ligué d'une manière efficace contre l'ennemi commun et on pourra agir utilement et le poursuivre devant les tribunaux.

C'est bien là ce que nous avons projeté en créant le *Sou*, c'est même ce que nous avons commencé à réaliser. La preuve est déjà faite, en faveur du succès croissant qui nous est réservé dans cette voie. Des actes, toujours des actes, même au prix de quelques sacrifices d'argent. La solidarité ne vit pas si elle ne se traduit par la cotisation.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des sociétés locales.

Syndicat médical du Morbihan.

(*Suite et fin.*)

Sociétés de secours mutuels.

Messieurs, plusieurs d'entre vous m'ont prié de soulever ici une autre question que vous connaissez tous pour l'avoir vue traiter longuement dans nos journaux médicaux et professionnels, les *Sociétés de Secours mutuels.*

Tout a été dit sur cette question et je crois que le moment n'est pas encore venu, pour nous, d'entrer dans l'étude de tous les détails qui se rapportent au fonctionnement de chacune de ces sociétés en particulier, tarifs, abonnement, etc... Mais nous sommes tous d'accord sur ceci : Les Sociétés de secours mutuels sont faites, d'après les conventions actuellement en vigueur, pour celui qui, se sentant incapable de subvenir aux frais d'une longue maladie, prévoit l'avenir en se faisant inscrire à l'une de ces sociétés, et non pour l'homme riche ou en situation de payer son médecin et son pharmacien.

C'est un axiome qu'il est opportun de faire admettre dans les diverses sociétés de notre département, maintenant que l'entente commence à se faire à peu près partout entre médecins et mutualistes.

L'an dernier, en effet, le 25 novembre 1896, au banquet de l'Union des Syndicats à Paris, M. Arboux, secrétaire général de la Ligue Nationale de la Prévoyance et de Mutualiste, disait devant nous en termes très explicites : « *Mutualistes et médecins nous devons nous unir et non nous combattre — le médecin d'une Société de Secours mutuels doit être sérieusement rétribué ; il ne faut pas qu'il se sente humilié de ce qu'on lui donne ; en second lieu, il ne faut pas que dans les Sociétés de Secours mutuels se glissent des personnes riches capables de payer leur médecin.* » (*Applaudissements prolongés.*) (1)

Nous vous proposons donc d'adresser aux présidents des Sociétés de secours mutuels du Morbihan, au nom du Syndicat, la lettre-circulaire suivante :

Monsieur le Président de la Société
de Secours mutuels de....

« Les médecins du Morbihan, réunis le 15 octobre 1896, se souvenant que, dès la fondation des Sociétés de Secours mutuels, ils leur avaient offert un concours dévoué, parfois même des conditions de rémunération presque gratuites, ont pris la résolution de leur continuer leur concours nécessaire au bon fonctionnement et à la prospérité de ces institutions de prévoyance.

Les Sociétés de Secours mutuels à leurs débuts étaient, en effet, sans ressources, et sans l'aide du médecin leur avenir était compromis.

Quelques-unes sont devenues florissantes ; d'autres ne possèdent que les ressources nécessaires à assurer leur existence.

Le Syndicat des Médecins a émis le vœu de voir tous ses praticiens continuer à soigner à prix réduits les Membres des Sociétés de Secours mutuels.

Mais dans quelques-unes de ces Sociétés, des personnes riches, ou du moins en situation de payer leur médecin, se sont fait inscrire en qualité de *membres participants*. Il y a là, vous le reconnaîtrez facilement, un abus véritable, le tarif réduit consenti en faveur des mutualistes n'étant applicable qu'à l'ouvrier incapable de subvenir aux frais d'une longue maladie et non au patron ou à toute autre personne en situation de payer son médecin et son pharmacien.

Nous sommes persuadés, Monsieur le Président, qu'il suffira de vous signaler cet abus, pour le faire disparaître, si toutefois il existe dans la Société que vous présidez, et nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments distingués. »

L'utilité de cette lettre est d'autant plus grande que la loi sur la garantie des patrons dite « loi *sur les accidents de travail* » est sur le point d'être votée à la Chambre des Députés. D'après cette loi : « *Tout patron sera responsable des accidents survenus à son ouvrier pendant le travail.* » C'est donc le patron qui sera tenu de payer les frais de maladie, mais pour

(1) Voir le *Bulletin de l'Union* du 5 janvier 1897, pages 10 et 11.

se mettre à l'abri de cette obligation, il y a un moyen, et dans certains pays industriels, on en use déjà, avant même que la loi soit votée ; c'est de n'admettre dans ses chantiers que des ouvriers assurés à une Société de Secours mutuels ou portés sur la liste du bureau d'assistance. Or, avec les tarifs souvent dérisoires qui nous sont offerts, soit par l'Assistance, soit par ces sociétés, ce serait bien le médecin et non plus le patron qui sera responsable par le fait, de tout accident survenu à l'ouvrier, pendant son travail.

C'est donc un motif de plus pour nous de parer à cette éventualité en adressant aux Sociétés de Secours Mutuels la lettre dont je viens de vous donner lecture et en refusant l'assistance médicale gratuite des indigents aux conditions qui nous sont offertes.

En ce moment même des démarches sont faites à Paris par l'*Union des Syndicats*, pour rendre réellement effective la responsabilité du patron, et empêcher ce dernier de faire retomber cette responsabilité aussi bien sur le médecin que sur les bureaux d'assistance ou les Sociétés de Secours mutuels.

L'envoi de cettre lettre-circulaire aux présidents des Sociétés de Secours Mutuels est accepté et voté sans discussion.

Ordre des médecins.

Après la lecture de ce rapport, plusieurs autres questions ont été posées au Syndicat, d'abord celle de l'utilité de la création d'un *Ordre des médecins*. Après une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres, notamment le Dr Couzyn, de Lorient, qui a lu une note où il a condensé tous les arguments militant en faveur de la création de cet ordre, l'assemblée se divise en deux groupes, l'un en faveur, l'autre contre cette institution, et à la majorité de cinq voix, le Syndicat décide que, *favorable en principe à l'Ordre des Médecins, il attendra qu'on lui soumette un projet de statuts de cet Ordre avant de répondre catégoriquement par un refus ou une acceptation.*

Exercice par les médecins de la marine.

Puis, le Dr Gaboriaux, de Groix et le Dr Flandrois, déposent au Syndicat une plainte contre des médecins de la marine exerçant la médecine l'un à Groix, l'autre à Lorient, dans des conditions que n'autorise pas le Ministre de la Marine. Les médecins de la marine et de l'armée sont en effet autorisés à prêter leur concours à leurs confrères civils toutes les fois que l'intérêt du malade le réclame, et dans ces conditions leurs relations restent toujours courtoises. Mais ils ne doivent pas exercer habituellement la médecine et avoir cabinet ouvert. Un des médecins incriminés exerce à Groix, où, paraît-il, il paie patente. Le Dr Talairach, Directeur du Service de Santé à Lorient, averti, a affirmé, nous rapporte le Dr Cousyn, que le fait ne se reproduirait plus, et a prévenu les médecins en question, que si une nouvelle plainte était portée contre eux, il laisserait le Ministre juge du conflit.

En tout cas, le bureau du Syndicat se chargera de la réclamation.

Caisse de défense.

Une somme de 50 francs est votée pour la caisse de défense des intérêts professionnels instituée à l'*Union des Syndicats*.

Dégrèvement des bicyclettes.

Il est ensuite rappelé que les bicyclettes appartenant aux médecins de l'Assistance publique et probablement aux médecins inspecteurs des Enfants du premier âge, sont, par récente décision ministérielle, exonérées de l'impôt. Avis est donné aux intéressés de se hâter à faire valoir leurs droits pour que cette exemption leur soit accordée dès l'année prochaine.

Vœu pour dégrevement des voitures de médecin.

A ce propos le Syndicat émet le vœu que les voitures appartenant aux médecins de ces deux services soient également exemptes de l'impôt, ou du moins qu'elles ne soient pas taxées comme voitures de luxe.

Le Secrétaire : Dr JARDIN.

REPORTAGE MÉDICAL

Sus au biberon à tube ! — Il vit toujours cet instrument de mort, après les innombrables philippiques dirigées contre lui. Avec MM. Toussaint et tous les inspecteurs d'enfants en nourrice, avec M. Marcel Beaudouin et toute la presse médicale, le *Concours* demande depuis longtemps que l'Administration en interdise la fabrication et la vente. — Aujourd'hui M. Variot joint ses efforts aux nôtres et demande à M. le Préfet de police d'entendre nos réclamations. Qui donnera le coup de grâce officiel au biberon septique ?

Congrès hydrologique, climatologique et géologique de Liège. — Il se tiendra du 25 septembre au 3 octobre 1898. Les communications se feront en français, allemand, anglais et néerlandais. Il comprendra visites aux établissements sanitaires, excursions, etc. Des rapports sont préparés sur les ressources thérapeutiques provenant de l'eau, du climat, et de leurs éléments.

S'adresser, pour tous renseignements, au Secrétaire général, Dr Jorissenne, 130, boulevard de la Sauvenière, Liége.

Tuberculose et crachats. — A la défense de cracher sur les parquets des omnibus et des bateaux-parisiens, le préfet de police vient de demander aux compagnies de joindre l'indication du motif de la défense, parce que le conseil d'hygiène de la Seine estime que le meilleur moyen de convaincre le public est de l'instruire, et de ne pas paraître froisser une habitude même détestable.

Le buste Duchaussoy. — On a inauguré l'autre dimanche, à l'hôpital de l'Association des Dames françaises à Auteuil, le buste du Dr Duchaussoy, secrétaire général de la Société et fondateur de l'hôpital.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.295. — M. le docteur MARCHEGUET, de Saint-Benoit-du-Sault (Loiret), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs CHATELAIN, de Nancy (Meurthe-et-Moselle), VITTE, de Saint-Julien-sur-Reyssouze (Ain), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 33 13 AOUT 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La loi sur les accidents du travail et les médecins.

Nous apprenons que la Commission chargée d'élaborer les règlements d'administration publique prévus pour l'application de la *loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail*, s'est réunie le 26 juillet, afin d'organiser ses travaux.

Il est à souhaiter, cette fois, que nos confrères du Parlement n'oublient pas de s'occuper de ses faits et gestes, car ceux-ci sont fort intéressants pour le corps médical.

C'est à cette Commission qu'il appartient de nous dire, en commentant l'article I, en dressant même une liste à ce sujet, *quels ouvriers sont appelés à bénéficier de la loi, et, par conséquent, quels sont ceux qu'elle ne vise pas*.

C'est elle qui devra préciser également la mise en pratique des articles 4 et 5, ainsi conçus :

. . . .

Art. 4. — *Le chef d'industrie supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques* et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 fr. au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'*assistance médicale gratuite*.

Art. 5. — Les chefs d'entreprise peuvent se décharger pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours, à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire, ou une partie seulement de cette indemnité, comme il est spécifié ci-après, s'ils justifient :

1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des Sociétés de secours mutuels et pris à leur charge, une quote-part de la cotisation, qui aura été déterminée d'un commun accord, et en se conformant aux statuts-type approuvés par le ministre compétent, mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation ;

2° Que ces Sociétés assurent à leurs membres, en cas de blessures, pendant trente, soixante ou quatre-vingt-dix jours, les soins médicaux et pharmaceutiques, et une indemnité journalière.

Si l'indemnité journalière servie par la Société est inférieure à la moitié du salaire quotidien de la victime, le chef d'entreprise est tenu de lui verser la *différence*.

On voit de quel danger nous sommes encore menacés, s'il plaît au pouvoir de nous faire payer les frais de la générosité, dont il témoigne à l'égard de messieurs les chefs d'industrie, et si l'intervention de nos confrères ne s'impose pas ici, nous nous demanderons vraiment, s'ils ont conscience de leurs devoirs.

Enfin, il s'agit de savoir si l'Etat s'arrogera le droit de nous faire délivrer gratuitement, comme à ses greffiers ou autres fonctionnaires, les certificats et contre-rapports prévus aux articles 11 et 29, sans qu'il y soit jamais parlé de nos honoraires.

Nous recommandons aux médecins-députés ou sénateurs, en guise de devoir de vacances, une surveillance active de ce qui se prépare à ce sujet pour la rentrée d'octobre.

Leur attitude en cette affaire, nous donnera la mesure de leur esprit de confraternité et de leur vigilance au sujet des intérêts professionnels.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Congrès de la tuberculose.

Les résultats du Congrès de la tuberculose sont évidemment bien au-dessous de ce que tout le monde peut souhaiter : on n'a pas encore hélas ! apporté de remède nouveau, plus sûrement efficace que les précédents. Tout ce qu'a montré le Congrès, c'est l'unanimité des opinions médicales, en ce qui concerne les règles d'hygiène et de prophylaxie indispensables à faire entrer dans les mœurs. A ce point de vue seul, l'utilité des Congrès de la tuberculose n'est pas discutable. Les journaux politiques en rendent compte et font ainsi la plus sûre propagande populaire que nous puissions désirer : quant aux études scientifiques provoquées par les Congrès, elles ont aussi une valeur incontestable. La radiographie a subi, depuis un an, de remarquables progrès, entre les mains de MM. Bouchard, Béclère, Radiguet, et permet de faire des diagnostics d'une extraordinaire précision.

La nécessité impérieuse de la cure de la phthisie par l'air, a été de nouveau affirmée et l'urgence de la création de sanatoria pour les indigents et la classe ouvrière, hautement proclamée.

Donnons l'exemple et commençons partout une active campagne de propagande ; et surtout, guerre aux crachats et aux cracheurs ; le crachat, voilà l'ennemi.

Le signe de Kernig dans le diagnostic des méningites.

Un médecin de Saint-Pétersbourg, M. Kernig, indiqué, a en 1882, un signe très précieux pour le diagnostic des méningites, mais qui est resté inaperçu pour le plus grand nombre des médecins. Voici quel est ce signe : dans la méningite, l'enfant étant couché, on peut facilement mettre les membres inférieurs en extension complète mais, au contraire, l'enfant étant assis, il se produit une légère flexion de la jambe sur la cuisse, et l'extension complète ne peut plus être obtenue ; vient-on à coucher complètement l'enfant, l'extension peut à nouveau être produite.

M. le Dr *Netter* a fait remarquer, à la Société médicale des Hôpitaux, que ce signe, dont la pathogénie est encore inconnue, a une valeur pathognomonique considérable, puisqu'on l'a constaté 41 fois sur 46.

Il n'existe pas en dehors de la méningite. Sa constatation permet donc d'affirmer la méningite, quand les symptômes de celle-ci ne sont pas tous présents.

Les deux cas suivants semblent démonstratifs en faveur de cette opinion.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fièvre typhoïde, avec existence du signe de Kernig ; or, à l'autopsie, nous pûmes constater qu'il existait du pus dans les méninges.

Dans le deuxième cas, il y avait des symptômes peu prononcés de méningite, mais existence bien nette du signe de Kernig ; une ponction lombaire resta négative, mais il apparut bientôt, au point où avait été faite la ponction, un abcès contenant le méningocoque. Ce microbe était venu des méninges et avait passé par le trajet de la ponction ; il y avait donc bien eu méningite.

Le signe de Kernig appartient à toutes les variétés de méningite, aussi bien à la méningite tuberculeuse qu'à la méningite cérébro-spinale. Kernig, en 1882, l'a signalé également dans les méningites chroniques.

Traitement galvanique des vomissements et sa meilleure technique opératoire.

D'après M. le Dr *Apostoli*, de Paris, voici la manière, dont on doit comprendre et exécuter

FEUILLETON

Simulation.

Tout médecin, au bout de plusieurs années d'exercice, a été l'objet de quelque supercherie, souvent fort naïve et facile à déceler. Il a eu à se heurter à ce besoin de mentir, d'étonner la galerie, qui préside aux impulsions de certains névropathes.

J'emploie le masculin, pour comprendre les deux sexes ; mais c'est encore plus le sexe laiteux, que le sexe laid, qui cherche à nous en imposer.

En pareille circonstance, il faut s'attendre à tout et ne s'étonner de rien. Je viens cependant d'être bien surpris en lisant le testament d'un certain Sébastien Bruno, qui, pendant 15 ans, a pu simuler la folie et se faire classer, dans un établissement hospitalier, comme dangereux, tout en offrant le visage le plus résigné, l'attitude la plus soumise. Il semblait plongé dans de graves méditations et griffonnait constamment des lignes sur du papier. Ce besoin d'écrire était considéré comme une expression de sa manie, mais ce n'était qu'un jeu, qu'une fumisterie, comme il a cru de son devoir de le révéler, dans une lettre retrouvée après sa mort. Il avait tenu à dire la vérité dans un accès tardif de sincérité et aussi par reconnaissance. Il avait menti, triché, volé sa part d'asile ; il n'avait sans doute pas le droit de bénéficier des avantages du refuge, mais il y avait été contraint par les circonstances.

Laissons-lui la parole, d'après le récit de M. H. Barthélemy : « A 40 ans, dit-il, exténué par une suite obstinée de malechances, j'étais ruiné de corps et d'âme. J'avais pris en horreur les hommes, les choses ; je n'avais plus qu'un désir, la solitude. Mais où ? Comment ? — Pour exister seul, s'enfermer, se cloîtrer, il faut être riche ; j'étais absolument pauvre, et cette pauvreté me forçait au travail, donc au contract des hommes. C'est alors que l'idée me vint de me faire séquestrer, nourrir, entretenir, aux frais de mes semblables, idée qui déjà me réjouissait, comme un commencement de revanche.

« J'ai simulé la folie, la folie rouge, homicide : j'ai poussé des cris féroces, j'ai roulé des yeux hagards, et j'ai levé, en pleine rue, un couteau de vingt-neuf sous sur la tête des passants terrifiés. La police est bien faite. Cela m'a suffi. Arrêté, ligotté, déclaré fou, archifou, fou à lier, je fus interné dans cet hospice où j'ai connue les seules bonnes heures de ma vie et cet unique regret d'avoir eu trop tard mon admirable idée...

« Oh ! le silence, la profondeur de l'eau... et la peur sournoise des hommes qui m'évitent comme un loup enragé... ne plus entendre le bruit vaniteux des paroles humaines, ou si, par hasard, apportée par le vent, quelque monstruosité de bêtise ou de lâcheté prononcée m'arrive encore, pouvoir me dire qu'elle ne vient pas d'une bouche grave, sentencieuse, autorisée, de bourgeois prétentieux

le traitement galvanique des vomissements :

1° La galvanisation des nerfs pneumogastriques bien appliquée est, le plus souvent, souveraine contre les vomissements de la grossesse et la plupart des troubles gastriques de l'hystérie.

2° La meilleure méthode de galvanisation des pneumogastriques est celle qui permet d'utiliser le maximum de densité du courant sur le nerf vague, soit en plaçant le pôle positif simple ou bifurqué sur ce nerf, soit, de préférence, en plaçant sur chacun d'eux un pôle de nom contraire.

3° La méthode bi-polaire, en utilisant la plus grande somme des lignes de flux du courant galvanique, qui circulent d'un pôle à l'autre, est la méthode de choix, supérieure comme rapidité et efficacité à la méthode monopolaire qui, n'ayant qu'un seul pôle actif (soit simple, soit bifurqué) ne peut (toutes choses égales d'ailleurs) utiliser qu'une plus petite densité électrique ou une somme plus faible de flux du courant.

4° La clinique a confirmé, par les seize années de pratique du Dr Apostoli, la supériorité de la méthode bi-polaire qu'il préconise et ses avantages incontestables dans la cure symptomatique immédiate des troubles nerveux du pneumogastrique (vomissements, gastralgie, nausées).

Traitement du vaginisme.

Le vaginisme est la résultante d'une hyperesthésie et d'une contracture spasmodique ; toutefois, l'une peut exister sans l'autre, quoique cela soit assez rare. La contracture est tellement violente dans certains cas, qu'elle s'étend à tous les muscles du plancher pelvien.

Ce qu'il importe de se graver dans l'esprit, c'est que le vaginisme essentiel ou idiopathique est extrêmement rare, si toutefois il existe ; en d'autres termes, la contracture du muscle du vagin est presque toujours réflexe ; il faut par conséquent se donner la peine d'aller à la recherche de la cause, qui est le point de départ du réflexe.

Voici comment MM. Labadie-Lagrave et Legueu exposent le traitement du vaginisme, dans leur récent *Traité médico-chirurgical de gynécologie* : 1° Le traitement *général*, d'ailleurs insuffisant, quoiqu'adjuvant, consiste dans l'abstention du coït, le changement d'air, les bains de mer, les bains tièdes alcalins ou amidonnés. La malade se servira d'un spéculum vaginal pendant le bain. On prescrira les bromures, les antispasmodiques, la valériane, et on évitera un régime trop excitant.

2° Le traitement *local* est médical où chirurgical. Comme soins locaux, d'ordre médical, on prescrira les injections vaginales tièdes avec une solution de sublimé, additionnée de laudanum ou de chloral, ou bien avec une solution d'acétate de plomb. La patiente appliquera, le soir, des suppositoires vaginaux dans lesquels entreront des calmants, de la cocaïne, de la morphine, de la belladone, de l'iodoforme, de la jusquiame.

On prescrira par exemple :

Rec. Chlorhydrate de cocaïne	0,5 à 0,10 centigr.
Beurre de cacao.........	5 grammes.

M. — Pour un suppositoire.

Ou encore :

Rec. Poudre d'opium........	ââ	3 centigr.
Extrait de belladone....		
Beurre de cacao.......		5 grammes.

M. — Pour un suppositoire.

Ou encore :

Rec. Chlorhydrate de morphine................	2 à 6 centigr.
Beurre de cacao........	5 grammes.

M. — Pour un suppositoire.

Ou encore :

---

chargé de fonctions publiques, exerçant un mandat ; mais d'un pauvre dément, sans règle morale, sans consistance, d'un être irresponsable, enfin !

» Oui, messieurs les docteurs, Sébastien Bruno a volé votre hospitalité, vos soins éclairés, votre sollicitude ; il ne lui manque pas une case, pas une cellule ; il n'a pas la moindre fêlure, il est sain. Il vous demande pardon et vous remercie : vous lui avez fait des loisirs. Grâce à vous, il a vécu content, solitaire, débarrassé des soucis de vivre, royalement servi dans son entier caprice !... »

Il a fallu évidemment une rude dose de philosophie à cet original, et aussi, bien des déceptions antérieures, pour qu'il ait pu jouer son rôle pendant tant d'années, sans éveiller de soupçons.

Il a dû dépenser énormément d'énergie pour ne jamais se trahir, et ne pas chercher à s'affranchir, même un seul jour, de cette existence cloîtrée, si monotone à la longue. Il est dommage qu'il n'ait pas eu l'occasion d'exercer sa patience, pour une cause plus honorable.

....

Les conseils de revision ont jadis été l'objet d'une foule de supercheries, faciles le plus souvent à découvrir et qui avaient le don de rompre la monotonie de ces tournées fastidieuses.

Aujourd'hui, ces expédients n'ont guère plus leur raison d'être et l'imagination des malins a choisi d'autres champs d'exploitation.

Les tours les plus ingénieux, il faut bien le reconnaître, ont été imaginés, pour se soustraire à la rapacité des gabelous. Il n'y a pas de semaine où les journaux ne racontent quelque nouveau truc, cruellement déjoué, pour la plus grande joie de la galerie.

Vous avez probablement lu, comme moi, l'histoire de cette plantureuse nourrice, qui, portant un bébé endormi dans ses bras, passait quotidiennement devant les employés de Vincennes. Ils avaient fini par la connaître et la saluer d'un geste amical. Un jour, l'un d'eux s'avisa de soulever familièrement le voile qui recouvrait la tête du bébé ; il poussa un cri de surprise. L'enfant était en caoutchouc et contenait 18 litres d'alcool.

La nourrice fut emmenée dans le petit réduit consacré à ces sortes de visites et on découvrit avec horreur que ses superbes appâts n'étaient que des réservoirs en zinc, renfermant chacun près d'un litre d'alcool.

Actuellement, rien ne peut être comparé comme exploitation aux pélérinages de Lourdes. Il y a une multitude de névropathes, de détraquées, qui simulent des maladies et prétendent en être guéries subitement, soit pour se mettre en évidence et faire parler d'elles, soit dans l'espoir d'en retirer un bénéfice et des faveurs. La vanité et la rapacité féminines y trouvent également leur compte.

Prêtres et médecins s'y laissent prendre tour à tour, ces derniers en signant trop facilement des diagnostics mal contrôlés et sollicités avec une in

Rec. Iodoforme .... 0.50 à 1 gramme.
Beurre de cacao .... 5 grammes.

M. — Pour un suppositoire.

La *cautérisation* a été proposée par Demarquay. Elle semble, en effet, réussir très bien dans beaucoup de cas, probablement en amenant la guérison de petites lésions, de fissures qui restent inaccessibles à l'exploration. Sans doute aussi, la cautérisation modifie la sensibilité des extrémités nerveuses, qui s'épanouissent dans la muqueuse de la vulve et du vagin. La cautérisation se pratique avec une solution de nitrate d'argent, appliquée à l'aide d'un tampon d'ouate. On badigeonne surtout les points enflammés et les diverses lésions, dont la muqueuse est le siège. Le *traitement opératoire* a plus d'efficacité; il permet d'obtenir la guérison définitive. On est d'ailleurs guidé par l'analogie qui existe entre le vaginisme et la fissure à l'anus. On a recours à la dilatation graduelle ou brusque, ou encore à la section du sphincter vulvaire.

a) La *dilatation graduelle* se pratique à l'aide de l'éponge préparée ou avec des mèches. On enduit les mèches d'une pommade à la cocaïne ou à la belladone. Malgré cette précaution, le traitement est douloureux, pénible, et surtout fastidieux pour la patiente, à cause de sa longue durée. Enfin, s'il réussit quelquefois, il est des cas, dans lesquels il ne donne aucune amélioratiun finale.

On peut encore avoir recours à des ballons en caoutchouc en forme de cylindre, que l'on gonfle peu à peu, une fois qu'ils sont introduits dans le vagin. Leur emploi n'est d'aiileurs pas doulourenx.

b) La *dilatation brusque* est de plus en plus employée. Outre qu'elle évite des pertes de temps, elle donne toujours des résultats certains. Mais avant d'appliquer ce procédé, il faut s'assurer qu'il n'existe pas de lésions vulvaires, et dans l'état contraire, commencer par les guérir. La dilatation brusque se fait pendant l'anesthésie chloroformique.

Elle se pratique, comme la dilatation forcée de l'anus, au moyen des deux pouces introduits dos à dos dans le vagin ; on écarte alors brusquement les deux doigts, de manière à dilater fortement la vulve.

La dilatation brusque peut également se pratiquer avec un spéculum introduit fermé, et qu'on retire en ouvrant les branches. Ce moyen a l'avantage de donner plus de force et de permettre une dilatation plus facile.

c) A la dilatation lente ou brusque, d'autres chirurgiens, en France, Huguier, Penel, Michon, en Amérique Sims, ont préféré les méthodes sanglantes. Elles consistent à faire la section du sphincter vaginal.

La patiente étant anesthésiée, on fait, de chaque côté de la ligne médiane, deux incisions de 3 à 4 centimètres de profondeur. L'incision porte sur l'anneau vulvaire et intéresse en partie le périnée. La plaie losangique qui résulte de l'écartement des lèvres de chacune de ces incisions est suturée d'avant en arrière. La vulve est élargie de toute la longueur de la plaie losangique.

Ce procédé ne doit être appliqué qu'en désespoir de cause, lorsqu'on n'a pu réussir par les autres méthodes, notamment par la dilatation forcée, qui doit être la méthode de choix.

Traitement de la syphilis laryngée, en particulier des sténoses laryngées, par le tubage.

En général, les laryngopathies syphilitiques sont d'un diagnostic délicat ; mais, nous possédons un excellent moyen de les déceler : c'est le traitement spécifique appliqué à tous les cas un peu douteux. Les lésions laryngées de la période secondaire sont justiciables surtout du

---

sistance, qui devrait éveiller toutes les suspicions ; les premiers, en ajoutant trop d'importance à ces attestations, accordées à la légère, dans un moment de hâte, ou par pure bonté, pour satisfaire ce qu'on considère comme un caprice sans portée.

— Bien des médecins ont été ainsi désagréablement surpris de voir figurer leur nom, dans la compagnie des fervents de Bernardette, alors qu'ils n'avaient cédé à des intrigantes, dont ils ne se méfiaient pas, que pour s'en débarrasser.

Nous voilà avertis ; ce sera une raison de plus pour nous montrer plus sobres à l'avenir de certificats de maladie, qu'on exploite ensuite à notre détriment, soit devant les tribunaux, soit dans les pieuses gazettes.

Le docteur Boissarie, qui a été chargé, à Lourdes, du contrôle médical, ne saurait se montrer trop circonspect. Je connais sa droiture et sa correction ; sa bonne foi ne peut être mise en doute ; mais, malgré toute sa prudence, il n'aura jamais assez de défiance, non seulement contre les faussaires qui veulent exploiter la crédulité publique, mais encore contre les sincères et les exaltées. On vit à Lourdes dans une atmosphère singulièrement surchauffée, bien propre à ébranler momentanément tout système nerveux, déjà peu solide. Il faut voir dans quel état de dépression et d'exaltation y arrivent quantité de pauvres femmes, de vieilles filles, qui viennent de voyager dans des conditions déplorables, pour qui ce déplacement représente le plus grand événement de leur vie. Pour l'accomplir, elles ont fait, pendant des années, sou par sou, des économies sur leur nécessaire, sur leur maigre pitance de chaque jour. Elles ne cessaient de parler de ce projet, qui représentait pour leur imagination quelque chose d'analogue à l'exeat des anciens paladins vers la Terre-Sainte. Après tant de privations subies pour la bonne cause, dans l'essort d'une récompense prochaine, elles débarquent affolées, chauffées à blanc, s'attendant, à chaque pas, à voir éclater le miracle, à être elles-mêmes les élues d'en haut, les privilégiées sur lesquelles tomberont les faveurs de la Vierge bien-aimée. Dans cet état de tension excessive, anormale, un rien suffira pour les mettre en catalepsie, en extase, pour les délivrer pour quelques heures du lourd fardeau des misères, qui les afflige depuis si longtemps. — On s'empresse alors de crier au prodige, d'entonner des hosannas de reconnaissance, d'attribuer à une influence extra-matérielle la détente accidentelle, qui relève simplement de l'influence du moral sur le physique. Et le lendemain, on se retrouve en face de la réalité. Lorsque les hymnes ont cessé de retentir, qu'un peu de calme est enfin revenu, après un repos bien mérité, la patiente se retrouve de nouveau enchaînée aux réalités attristantes de la vie et il faudra qu'elle continue à traîner son boulet, comme par le passé : L'amélioration n'était que passagère !

Dr Grellety (de Vichy).

traitement mercuriel, par voie buccale ou cutanée de préférence, par voie hypodermique dans les cas rebelles ; exceptionnellement, on est obligé d'intervenir par la trachéotomie et de préférence par le tubage, pour faire cesser la dyspnée (paralysie des abducteurs, spasmes des adducteurs, œdéme aigu du larynx).

Les laryngopathies tertiaires s'accompagnent souvent de dyspnée par sténose laryngée aiguë ou chronique : 1° dans tous les cas il faudra administrer un traitement spécifique intensif à l'iodure de potassium ; c'est seulement quand le diagnostic est d'une certitude absolue, qu'on peut employer le traitement mixte, iodure et mercure ; beaucoup de laryngologistes ne donnent que de l'iodure (Gouguenheim, Garel). Les formes héréditaires, souvent compliquées de sténose, seront traitées le plus souvent comme les formes tertiaires ; dans le type syphilis héréditaire précoce, nous donnerons volontiers du mercure. Le traitement spécifique seul n'a généralement pas d'action sur les vieilles sténoses laryngées cicatricielles, justiciables du traitement chirurgical.

2° Le traitement chirurgical consistera, essentiellement, à sectionner les brides fibreuses avec les couteaux laryngiens à lame cachée, à enlever les végétations avec l'emporte-piéce de Krause ; le plus souvent il s'agit de lutter contre la dyspnée plus ou moins intense, l'asphyxie plus ou moins immédiate ; pour cela nous disposons de deux sortes de procédés :

a) Les procédés non sanglants, qui comprennent deux méthodes principales, celle de Schrœtter, remplacée actuellement par celle de O. Dwyer.

b) Les procédés sanglants sont de deux ordres : les chirurgiens pratiquent la trachéotomie qui, combinée au traitement spécifique, améne souvent la guérison dans les cas aigus, tandis que dans les sténoses chroniques il faut faire encore suivre cette opération de la dilatation méthodique et progressive du larynx avec des dilatateurs métalliques à plusieurs branches, des canules dilatatrices, les olives de Trendelenburg abandonnées, la sonde ou les olives de Schrœtter, les mandrins métalliques laryngiens (Garel) et l'intubation, quand on peut enlever la canule trachéale. Quand la sténose est trés accentuée, on peut faire la trachéotomie, exceptionnellement suivie de laryngotomie partielle.

Dans les formes héréditaires avec néomembranes, il faut les détruire au galvano-cautére ou au couteau, et pratiquer consécutivement le tubage d'O. Dwyer pour empêcher la production de nouvelles cicatrices ; exceptionnellement, il faudra pratiquer la trachéotomie.

Dans les formes mixtes de syphilis et de phtisie, nous conseillons le tubage d'O.Dwyer, et en cas d'insuccès la trachéotomie.

S'agit-il de coexistence certaine de syphilis et de cancer, il faudra pratiquer la trachéotomie basse.

En résumé, en présence d'une sténose syphilitique grave du larynx, justiciable du traitement chirurgical, nous préférons à la trachéotomie le tubage d'O. Dwyer, opération bien moins dangereuse et bien plus facilement acceptée par la famille, mais qui nécessite malheureusement une surveillance continuelle ; d'ailleurs, le tubage remplit parfaitement la double indication : 1° Parer à une asphyxie imminente (tubage d'urgence) : 2° Amener de la dilatation progressive et, comme tel, il peut s'employer sans urgence absolue (tubage dilatateur).

Si la trachéotomie a déjà été pratiquée, nous conseillons, pour dilater le larynx, la méthode de Schroetter et tardivement l'intubation d'O. Dwyer.

La radiographie dans les grands épanchements pleuraux.

M. le Dr *Béclère* a communiqué à la Société médicale des hôpitaux le résultat de ses recherches sur la radiographie dans les grands épanchements pleuraux. Il a fait, au moyen des rayons de Rœntgen. de trés intéressantes remarques sur la position du cœur dans le cas de grands épanchements de la plèvre gauche. On sait que dans cette grave affection, le cœur déplacé bat à droite du sternum, comme en témoignent la vue et le palper. Tous les auteurs classiques admettent que, dans ces cas, le déplacement du cœur par l'épanchement pleural a pour effet de refouler la pointe plus que la base, de redresser l'axe du cœur, de le rendre d'abord vertical, puis de renverser la direction de cet axe, de telle sorte que, dans les cas extrêmes, le cœur, pivotant sur sa base, a sa pointe rejetée jusqu'au delà de la ligne mamelonnaire droite. Le prof. Bard, de Lyon, soutient, depuis plusieurs années, une opinion toute différente : dans les cas de déviation du cœur à droite par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauches, de même que par des rétractions droites, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée ; c'est la base et non la pointe du cœur qui bat à droite du sternum. Cette opinion, appuyée sur l'observation clinique, a été confirmée par les recherches expérimentales du prof. Pitres, de Bordeaux, et par plusieurs nécropsies. L'emploi des rayons de Rœntgen permet de faire véritablement la biopsie des malades de ce genre et, mieux que les autres modes d'investigation, l'examen radioscopique et radiographique renseigne sur l'exacte situation du cœur. M. Béclère vient d'avoir l'occasion d'observer un homme de trente ans porteur d'un abcés froid de la plévre contenant au moins cinq litres et demi de pus, comme l'a montré la ponction faite un peu plus tard ; chez le malade, le cœur battait à droite du sternum dans les deuxième, troisiéme, quatriéme, cinquiéme et sixiéme espaces intercostaux droits, à 15 centimètres de la ligne médiane.

L'examen radioscopique fit voir, sur l'écran fluorescent, le côté gauche entiérement opaque et, se détachant sur la clarté brillante du côté droit, l'ombre de la portion du cœur déplacé, qui débordait le sternum.

Deux traits essentiels témoignaient que cette ombre appartenait à la base du cœur : elle était limitée par un contour à peu prés demi-circulaire et ne présentait pas les mouvements très appréciables qu'on voit à l'image de la pointe du cœur, mais seulement des mouvements à peine distincts. M. Béclère eut d'ailleurs la bonne fortune de faire, comparativement, l'examen radioscopique d'un homme atteint de dextrocardie congénitale, avec inversion totale des viscè-

res ; il put constater la grande différence des images du cœur chez ces deux malades. L'épreuve radiographique provenant du premier malade et présentée à la Société, fournit, par l'image aperçue à l'écran, un document impersonnel qu'on nc pourra accuser d'erreur. Les rayons de Rœntgen ont donc mis hors de doute l'opinion défendue par M. Bard, sur le déplacement du cœur en masse sans déviation de son axe.

Chez le même malade, quelques jours après la ponction, faite cependant très lentement et sans aspiration, un pneumothorax s'est produit. Une seconde épreuve radioscopique, prise à ce moment, montre très nettement l'image du moignon pulmonaire rétracté vers le hile : les rayons de Rœntgen renseignent sur l'exacte situation du poumon — ce que ne pourrait faire aucun des modes habituels d'exploration — comme ils ont renseigné sur l'exacte situation du cœur.

Traitement de la diarrhée grave des jeunes enfants.

Voici, d'après M. le Dr Lesage le meilleur traitement de la diarrhée infantile :

Choléra infantile : 1° Diète absolue, l'ingestion du lait augmente les troubles digestifs. On recommencera l'alimentation par la diète relative, quand les symptômes gastro-intestinaux seront presque disparus. Les premières prises de lait seront glacées.

Pendant cette diète absolue, donner du thé (10 à 200 grammes par jour), pour calmer la soif, ou des petits morceaux de glace.

2° Donner 20 à 30 grammes de cognac ou de rhum, de 4 à 8 prises dans la journée, pur, glacé, ou dans du café noir, une cuillerée à café de la liqueur alcoolique dans une cuillerée à soupe de café noir.

3° Bain chaud à 37 ou 38 degrés, matin et soir, durant dix minutes. On le sinapisera dans les dernières minutes. Friction légère et enveloppements chauds ou ouatés. Boules d'eau chaude.

4° *Médication.* — Au début, alors qu'il y a de la fièvre et qu'il n'y a pas trace de collapsus, donner 1 centigramme de calomel toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau, et cela durant douze heures.

Ou la potion suivante, par cuillerée à café, avec glace, toutes les demi-heures :

Elixir parégorique du Codex..	x gouttes.
Acide lactique................	2 grammes
Sirop simple ou de framboise.	15 —
Eau..........................	95 —
Essence de menthe...........	II gouttes.

Ou le mélange d'HCI ou d'acide lactique :

HCI ou acide lactique.......	2 grammes.
Eau..........................	95 —
Sirop	75 —

Durant la période d'algidité, 20 à 25 centigrammes de caféine dans de l'eau, en 2 à 4 prises, seront souvent suivis d'un effet diurétique notable, et de l'élévation de la pression artérielle.

Diarrhée infectieuse du sevrage. — A la suite de l'ingestion d'une notable quantité d'aliments divers, que le tube digestif n'est pas encore apte à digérer, on peut voir survenir une diarrhée jaune ou gris fer, d'une odeur détestable et nauséabonde, accompagnée encore de vomissements. On note du tympanisme abdominal très grave (adynamie, coma, fièvre à 40 degrés, tant centrale que périphérique), état typhoïde, pas d'algidité, peau chaude, langue noirâtre, sèche, dyspnée (congestion pulmonaire), parfois convulsions (congestion méningée active). La mort est fréquente. La cause relève des fermentations intestinales de ces éléments.

Traitement. — Le calomel à la dose de 25, 30 et 40 centigrammes à jeun est tout indiqué. Joindre la diète absolue passagère, les bains chauds et l'alcool.

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la nécessité de multiplier les petits sanatoriums pour le traitement de la tuberculose pulmonaire (1),

Par M. le Dr P. Le Gendre, médecin à l'hôpital Tenon.

Voilà déjà plusieurs années que la majorité des médecins a reconnu les avantages que peuvent retirer les tuberculeux de leur traitement dans un sanatorium, et cependant, en France, cette approbation est demeurée à peu près platonique.

Il n'est pas long de compter les sanatoriums, qui existent dans notre pays, pour le traitement de la tuberculose pulmonaire : ceux de Durtol en Auvergne et du Canigou, dans les Pyrénées, organisés pour le traitement d'un assez grand nombre de malades, puis celui du Dr Crouzet, à Trespoey, près de Pau, qui ne peut recevoir que dix malades.

On a bien parlé à plusieurs reprises de projets pour en créer d'autres, et le corps médical a reçu d'alléchants prospectus, mais je ne sache pas que les établissements projetés fonctionnent encore. Quant à ceux qui existent sur nos côtes, ils ne sont guère utilisés que pour la curation de la scrofule et des tuberculoses externes.

Il faut bien croire que des obstacles considérables se dressent devant les individualités ou les sociétés qui ont entrepris d'en créer de nouveaux ; j'ai ouï dire qu'un praticien connu pour sa compétence dans la question, pourvu de relations étendues, ayant réuni des promesses de capitalistes, s'élevant à deux millions, avait dû renoncer à la fondation du sanatorium qu'il projetait.

En présence de ces difficultés, je me suis demandé si la question ne pouvait être posée d'une autre façon.

I

Parmi les raisons qui peuvent détourner les médecins d'envoyer les tuberculeux dans les sanatoriums existant, ou les familles d'accéder à la proposition du médecin, j'en connais plusieurs, parce qu'elles m'ont été objectées.

Une agglomération de nombreux malades effraie les tuberculeux au début, aussi bien que leur famille, quand on ne leur a pas affirmé la certitude du diagnostic et qu'on s'est contenté de parler de craintes, de la nécessité d'une cure préventive, etc. Quand ils sont assez avancés, ils reculent devant la fatigue d'un déplacement lointain.

(1) Rapport fait au Congrès de la Tuberculose. (1er août 1898.)

Le médecin, n'ayant pas le choix entre un assez grand nombre de sanatoriums classés suivant la gravité des lésions, ne sait souvent si son malade est justiciable des sanatoriums ou s'il est trop avancé. Faire entreprendre un long voyage à un tuberculeux, pour apprendre qu'une fois arrivé au sanatorium, il a été trouvé dans des conditions mauvaises par le directeur de cet établissement et renvoyé sous un prétexte quelconque, n'est pas encourageant.

Enfin, les longs déplacements sont onéreux pour les familles, qui ne se résignent pas à laisser partir leurs malades seuls.

Pour ces diverses raisons, et d'autres encore sans doute, il faudrait que, pour envoyer un tuberculeux dans un sanatorium, on ne fût pas obligé de lui faire faire un long voyage, que ses parents pussent aller l'y visiter de temps à autre, sans être condamnés à passer près de lui plusieurs mois, ou sans être privés de le voir pendant toute la cure. Il faudrait donc que, dans un grand nombre de points de la France, existassent des sanatoriums (1).

Mais il faudrait aussi que des sanatoriums différents existassent *pour les diverses catégories de tuberculeux* à marche chronique ; car, si les tuberculeux ne peuvent conquérir la guérison dans les sanatoriums actuels, qu'à la condition d'être à la première période ou au début de la seconde, ceux qui sont à une période plus avancée peuvent encore en retirer un grand bénéfice, et leur entrée dans un établissement fermé aurait toujours l'avantage de les empêcher de contaminer leurs proches. Or, on ne peut songer à faire vivre, dans un même établissement, des tuberculeux à toutes les périodes ; car ceux qui ne sont encore qu'au début ou dans la phase d'incertitude, ne consentiraient pas à entrer dans un sanatorium, où se trouveraient des phtisiques évidents.

Il faudrait encore des sanatoriums *dans des conditions diverses d'altitude* et de climat, pour s'adapter aux principales modalités cliniques créées par la marche de l'affection et le tempérament du malade ; il en faudrait dans les climats secs et excitants, comme dans les climats sédatifs, dans la plaine comme sur la montagne.

Bref, il faut de toute nécessité multiplier ces établissements dans les conditions les plus diverses, si on veut leur assurer une clientèle suffisante et pour répondre aux multiples besoins de la pratique.

II

Que se propose-t-on quand on envoie des tuberculeux dans un sanatorium ? — On veut et on peut obtenir les avantages suivants :

Leur apprendre à se soigner par l'hygiène, c'est-à-dire à se reposer, à manger intelligemment, à respirer, à ne pas tousser inutilement, à ne pas cracher autre part que dans un crachoir ; — les soustraire à leur milieu, pour qu'ils n'y sèment pas la contagion et pour leur éviter, suivant les circonstances, les soucis ou les plaisirs fatigants qu'ils y trouveraient.

Une surveillance médicale constante, d'une part, la soustraction au milieu habituel, de l'autre, voilà les deux buts principaux.

Il faut distinguer dans les avantages inhérents au sanatorium, la part du climat et la part qui revient à la cure d'air, enfin celle qui revient à la surveillance médicale incessante. Il ne me paraît pas exagéré de dire que le premier avantage est d'une importance moindre que les deux derniers.

Pour ce qui est du climat, on peut dire, qu'en dehors des climats, considérés au sens géographique et cosmographique, il y a lieu d'envisager la notion du climat au sens médical, en analysant les divers facteurs qu'elle comporte : la température et ses variations, la direction habituelle des vents, la poussière, l'hygrométricité, l'état du ciel, les qualités du sol au point de vue de l'absorption des pluies ou de l'existence de nappes d'eau souterraines, etc. Or ces multiples facteurs peuvent se trouver groupés de façons tellement diverses que, pour les mêmes degrés de longitude et de latitude, à quelques lieues de distance, deux villes peuvent offrir les principaux attributs de climats très dissemblables. Pour n'en citer qu'un exemple, entre beaucoup d'autres qui viennent à l'esprit, les points du littoral breton qui sont soumis à l'influence du Gulf Stream n'offrent-ils pas beaucoup des caractères du climat méridional ? Et ne diffèrent-ils pas autant d'autres points de la Bretagne, distants seulement de quelques kilomètres, que s'ils s'en trouvaient éloignés de cent lieues ?

Je suis donc persuadé que, pour les médecins qui connaissent bien le département qu'ils habitent, il serait assez facile de trouver dans les deux tiers de notre admirable France, si merveilleuse par la variété de son sol, des sites parfaitement convenables pour réaliser les caractères des types principaux des climats utilisés en thérapeutique, sédatifs, toniques ou excitants.

Dans les localités ainsi choisies, il serait bien souvent facile de trouver ou de construire dans l'orientation convenable, au Midi, abritée du vent par une colline ou un bois, hors de la ville ou du village, mais cependant à proximité pour y puiser des ressources alimentaires, une habitation d'une grandeur suffisante, dans laquelle pourraient loger quelques tuberculeux.

Je voudrais ces malades peu nombreux, d'une part pour que les dépenses nécessaires à l'installation primitive ne fussent pas trop élevées, et, d'autre part, pour que la surveillance médicale pût s'exercer efficacement sur chacun d'eux. Car c'est là le point capital de la cure.

III

Quelles sont les conditions indispensables pour un petit sanatorium ?

Des chambres à coucher orientées au Midi, avec un mobilier des plus simples, une salle à manger et une galerie véranda, un jardin dans lequel on puisse disséminer quelques kiosques, ou mieux des tentes abris ou guérites mobiles. Il n'est pas besoin d'un fort capital pour tenter l'entreprise, ni d'un gros fonds de roulement pour la faire prospérer.

(1) Ce rapport était composé et à l'impression, quand a paru, dans le *Journal des Praticiens* (21 mai 1898), un article du Dr Beaulavon : *Les sanatoriums français pour tuberculeux*, avec un commentaire de M. H. Huchard. Ils concluent tous deux à l'avantage qu'aurait la multiplicité de petits sanatoria (20 à 50 en France). Je suis heureux qu'un maître et un confrère aussi autorisés aient adopté la même conclusion que moi.

P. Le Gendre.

Au sujet du nombre de malades, deux combinaisons paraissent réalisables.

L'une consiste à n'avoir que trois ou quatre malades, qu'un médecin de la campagne ou de la banlieue d'une ville, pourrait prendre en pension et soigner, tout en continuant sa clientèle.

L'autre est l'installation d'un sanatorium, auquel le médecin se consacre exclusivement.

Dans cette seconde combinaison, il faut que le sanatorium soit assez grand pour que les frais généraux soient infimes, par rapport à la quantité de malades qu'il peut recevoir. Il faut en outre que le sanatorium soit ouvert toute l'année, pour assurer un rendement suffisant. Pour qu'il soit ouvert toute l'année, il faut qu'il se trouve en pays tempéré. Le chiffre de malades, convenable pour ce genre de sanatorium paraît être 20.

Cela résulte des calculs fort intéressants qu'à bien voulu me communiquer un confrère, fondateur d'un petit sanatorium, auquel il se consacre tout entier, mais qui ne comporte que dix malades, et se trouve dans un pays où l'été est trop chaud. Or, un sanatorium ouvert pour l'hiver n'est pas plein pendant six mois ; les premiers malades commencent à arriver à la fin d'octobre et partent vers la fin d'avril.

Le prix quotidien moyen, demandé à chaque malade, est 15 francs, son entretien est évalué en moyenne à 8 fr. 50, somme à laquelle il faut ajouter l'intérêt du capital engagé pour premier établissement (mobilier, instruments, etc.), 35,000 fr. : dont l'intérêt à 4. p. 100 est 1,400, et le loyer avec les impôts et charges 5,000 fr. ; soit 3 fr. 50 par jour et par malade.

Coût : 8 fr. 50 + 3 fr. 50 = 12 fr.

Bénéfice : 15 — 12 = 3 francs, par jour et par malade.

Ces 3 francs représentent : 1° l'amortissement du capital ; 2° les honoraires du médecin et sa nourriture ; 3° les nouveaux achats ou réparations du matériel avarié.

Le bénéfice est maigre quand il n'y a que 10 malades.

Il est évident maintenant que, si au lieu de 10 malades, le sanatorium en peut contenir 20, le prix de revient de chacun serait, au lieu de 8 fr. 50, 8 francs ou 7 fr. 50. L'intérêt de l'argent et le loyer pourraient être réduits à 2 fr. 50 par jour. Chaque malade coûterait 7 fr. 50 + 2 fr. 50 = 10 francs et comme il paye 15 francs, il rapporterait 5 francs.

Si le sanatorium restait ouvert toute l'année, l'intérêt et le prix quotidien de revient baisseraient encore : le malade, qui payerait 15 francs pourrait ne plus coûter que 8 fr. 75, et le bénéfice serait de 6 fr. 25. Alors le médecin trouverait une rémunération convenable, et le succès serait définitivement assuré. Il serait donc à souhaiter que tous les sanatoriums du type 10 ou 20 malades fussent dans des régions tempérées, pour rester ouverts toute l'année.

Dans le système où quelques tuberculeux seraient pensionnaires chez un médecin, celui-ci ne devrait n'augmenter ses frais généraux que du prix de la nourriture et du logement de ses pensionnaires et continuer à avoir une clientèle indépendante. Il est désirable que le chiffre des pensionnaires ne soit pas inférieur à 4. Car, si au point de vue des résultats thérapeutiques, il est incontestable que les petits sanatoriums sont supérieurs aux grands, là encore, il y a une limite ; un tuberculeux ne se soigne, que s'il voit ses voisins le faire. La contagion de l'exemple est une nécessité ; dans un sanatorium, elle ne peut s'exercer que s'il y a assez de malades ; or si, sur 3, il vient à s'en trouver 2 d'un naturel indolent et d'un moral déprimé, le troisième subira vite le découragement, et la suggestion du médecin risquera fort de ne pouvoir contrebalancer l'influence fâcheuse des deux mauvais malades. Avec 4 personnes, il y a une chance favorable de plus en faveur du médecin.

IV

A une époque où le corps médical de notre pays se plaint de plus en plus des difficultés de la lutte pour la vie, où on répète qu'il y a pléthore de praticiens, je vois toute une série de débouchés pour les confrères qui entreprendraient de fonder des petits sanatoriums, sur les modèles dont je viens de parler.

On m'objectera qu'un médecin marié et père de famille n'ira pas de gaîté de cœur installer la tuberculose à son foyer. — A cette objection je répondrai que la connaissance précise, possédée aujourd'hui, des modes de transmission du bacille, permet d'éviter à coup sûr la contagion dans une maison bien tenue.

Le médecin, père de famille, peut d'ailleurs avoir sa maison personnelle à l'écart du sanatorium.

Et puis, il y a des médecins sans enfants, mariés ou veufs, qui, atteints eux-mêmes légèrement de tuberculose, ne supporteraient pas la fatigue de la clientèle courante, mais qui pourraient parfaitement suffire à la direction d'une maison de quelques malades.

Et la clientèle ne leur manquerait certes pas ! Le jour où dans chaque département peu éloigné, existeraient quelques types de petits établissement semblables à ceux que je viens d'esquisser, les uns en plaine, les autres en montagne, nous n'aurions pas de peine à les alimenter de tuberculeux susceptibles d'être guéris ou améliorés.

On dit encore : « Mais les médecins ne se priveront pas des malades qui les font vivre, pour les envoyer à leurs confrères des sanatoriums. » — Je ne crois pas que les médecins soient guidés, le plus souvent, par un autre mobile que l'intérêt bien entendu de leurs clients ; quand ils se seront convaincus, par l'exemple des améliorations et des guérisons obtenues dans de petits établissements fermés, *à la condition de les y envoyer* DÈS LE DÉBUT *de la maladie diagnosticable*, que c'est le seul moyen d'en arrêter la progression, quand ils pourront conseiller à leurs malades de s'y résigner, sans se voir objecter le trop lointain déplacement et l'énormité des frais qu'il impose, je suis certain que la majorité des médecins adoptera ce mode de traitement.

On a dit enfin : « Les Français sont indisciplinables : ils ne sont pas, comme les Allemands, disposés à se laisser embrigader dans des maisons de santé où on leur demande d'abdiquer leur indépendance. » — Mais je répondrai que, le jour où les médecins seront convaincus, ils imposeront aisément leur conviction aux malades : il faut seulement que l'accord soit fait entre nous. Toutes les fois qu'une thérapeutique a réuni l'assentiment unanime des médecins, il n'y a guère d'exemple que le public s'y soit montré long-

temps rebelle. L'exemple de la docilité avec laquelle les familles ont accepté la sérumthérapie de la diphthérie ne le prouve-t-il pas ?

Et, si la plupart des familles répugnent aujourd'hui à laisser partir leurs malades pour un sanatorium lointain, d'un abord dificile, où elles le savent mêlé à une centaine d'autres malades venus de tous pays, il est bien probable qu'elles se résigneront bien plus aisément à le placer dans un établisement de la région ou d'une région voisine, en communauté avec un petit nombre de malades qui seront probablement à peu près de la même région, et avec la facilité d'aller le visiter assez souvent.

V

Il faudrait aussi les *sanatoriums à bon marché* et les *sanatoriums gratuits* pour un département ou un arrondissement.

Le mouvement en faveur de cette création a été esquissé généreusement par la Ligue des médecins du Loiret (Halma Grand, Beaurieux, Rumen, Denance, etc.). A son instigation, M. Marfan a fait une conférence à Orléans ; j'en ai fait une à Montargis, pour répandre cette idée, et un certain nombre de souscriptions avait été obtenu. Mais l'indifférence du public est difficile à vaincre.

Il ne serait cependant pas impossible, semble-t-il, d'organiser en un ou plusieurs points de nos principaux départements, des sanatoriums de vingt lits, pour lesquels on demanderait une faible rétribution à chaque malade ; les communes pourraient payer pour leurs indigents. On éviterait bien des cas de contagion en procédant ainsi et on guérirait certainement des malheureux qui succombent aujourd'hui, dans les campagnes, comme dans les villes. Je ne vois donc, pour ma part, à la création des petits sanatoriums pour tuberculeux, en un grand nombre de points de notre pays, aucun des obstacles qui ont jusqu'ici, à mon sens, entravé la création des grands sanatoriums d'altitude, et je terminerai en citant à l'appui de ma manière de voir ce remarquable passage du livre de mon ami H. Barth, sur le traitement de la tuberculose :

« .... Les déplacements coûteux, les séjours à la mer et à la montagne, les cures climatériques en pays lointain, tout cela peut être utile, mais n'est pas indispensable. Pour les malades peu aisés (et c'est le plus grand nombre) d'aussi bons résultats peuvent être obtenus par la cure d'air et de repos, pratiquée sous une direction médicale énergique, dans un établisement salubre, exclusivement réservé au traitement de la tuberculose.

» Partout où, dans une campagne saine, à l'air pur, se rencontre un versant de coteau bien exposé, au sol perméable, entouré de bois et protégé contre le vent, un tel établissement peut naître. Le jour où dans chaque province, à proximité de toutes les grandes villes, existera un sanatorium pour les phthisiques, la question du traitement de la tuberculose aura fait un pas décisif. » (H. Barth.)

On ne saurait mieux dire, et je souhaite que ce petit exposé d'une grosse question contribue un peu à en hâter la solution si désirable.

Pour conclure, je propose au Congrès d'exprimer le vœu *que l'initiative privée du corps médical et du public aboutisse à la création, dans notre pays, d'un grand nombre de petits sanatoriums (de 4 à 20 malades)* pour le traitement de la tuberculose par l'hygiène.

Le Sahara algérien pour sanatoria d'hiver,

Par le Dr Louis Dumont,

membre de la Société française de Dermatologie.

Le but de ce travail, présenté au « Congrès pour l'étude de la Tuberculose » est de détruire la légende entretenue par nos meilleurs auteurs sur les climats africains et de montrer que le Sahara algérien est un excellent climat d'hiver, pour le traitement de la tuberculose.

Les observations de 35 mois d'hiver (octobre à avril inclus) de 1886 à 1891 établissent que la température moyenne de Biskra est, pour cette période, un peu supérieure à onze degrés, avec des *minima moyens mensuels* ne descendant pas au-dessous de 5°7 et des *maxima moyens mensuels* ne dépassant pas 23°.

L'écart moyen mensuel de température à *une heure* de l'après-midi et à *sept* heures du soir est de 4°07.

Enfin, les écarts à la température moyenne ont été six fois supérieurs à 2°, neuf fois supérieurs à un degré et vingt fois inférieurs à un degré.

L'ensemble de ces chiffres prouve une *stabilité thermique* des mieux caractérisées.

La pression barométrique y est également *des plus uniformes* (750 à 756), plutôt forte en raison de l'altitude (122 mètres).

Le degré hygrométrique oscille entre 48°2 (avril) et 62°5 (décembre) ; c'est l'indice d'un *climat sec.*

La pluie y demeure du reste *excessivement rare*, 2 jours 6/10 par mois, avec une moyenne mensuelle de 16 millimètres 64 d'eau (pas *deux* centimètres d'eau par mois).

C'est dire que le ciel y est presque constamment pur, en tout cas *très rarement couvert* au point de masquer de soleil.

Les vents dominants sont ceux du NW et du N, peu violents, d'ailleurs, en raison de la situation *abritée de la région de Biskra ; quant au* sirocco, il est pour ainsi dire inconnu l'hiver.

Enfin, la densité de la population étant de quatre (4) habitants par kilomètres carrés (et c'est en grande majorité une population nomade) il s'ensuit que la pureté de l'air y est presque absolue.

Ainsi donc, Biskra réunit à la fois :

1° Stabilité thermique ;
2° Stabilité barométrique ;
3° Absence presque complète de pluies ;
4° Sécheresse de l'air ;
5° Absence de vents ;
6° Pureté du ciel, éclat du soleil ;
Et 7° Pureté de l'air.

Toutes conditions nécessaires à la *cure climatérique* et à l'établissement de sanatoria.

C'est un climat d'hiver idéal, et un climat à la portée des Français, une traversée de 24 heures (et l'on sait que la mer gêne peu les tuberculeux), un trajet en chemin de fer qu'on pourrait facilement effectuer en une journée, et on est en plein Sahara.

Il faut dire, pour terminer, qu'au point de vue économique la valeur des terrains sahariens étant nulle ou à peu près, l'établissement de sanatoria reviendrait à très bon marché.

On pourrait même essayer le sanatorium sous la tente ; en ce cas, les frais se réduiraient presqu'à zéro.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Nous recevons la lettre suivante :

Mon cher Directeur,

Les dernières élections viennent d'envoyer plusieurs Confrères au Conseil général de leur département. Or la question de l'assistance médicale gratuite va se poser devant plusieurs assemblées départementales. Je crois que vous rendriez service à beaucoup, et à moi en particulier, en exposant, dans votre prochain numéro, les différents systèmes adoptés dans les divers départements.

Veuillez agréer...., etc...

Dr D.

Cette demande de notre confrère nous étonne, nous devons l'avouer : nous avons publié maintes études sur les divers systèmes ; nous avons donné les résultats obtenus dans divers départements et avons fait accueil à toutes les communications qui nous ont été faites.

Et tout cela pour qu'un nouvel élu nous demande, au moment d'entrer au Conseil Général de son département, de vouloir bien le mettre au courant de la question qu'il ignore !

Mais, cher Confrère, vous n'avez qu'une chose à faire : Convoquez, sans tarder, tous les médecins de votre région à une réunion générale et convenez avec eux des revendications que vous aurez à formuler.

Il n'y a que ce moyen qui puisse vous conduire à un résultat pratique.

Nous ne demandons pas mieux, d'ailleurs, que de vous aider.

Deux systèmes d'organisation se trouvent en présence : 1° le système landais ou vosgien, qui laisse à l'assisté le choix de son médecin, tantôt d'une manière absolue, tantôt parmi les praticiens exerçant dans un certain périmètre ; 2° le système des circonscriptions, à la tête desquelles se trouvent, nommés par le Préfet, tantôt un seul, tantôt plusieurs médecins entre lesquels les assistés choisissent.

Pour le mode de rémunération, vous avez à choisir entre :

1° La rémunération à la visite, comportant un prix de.... pour la consultation, un prix de..... pour la visite et une allocation de.... par kilomètre parcouru lorsqu'il y a déplacement. Un tarif pour la chirurgie et les accouchements complète généralement ce système.

2° La rémunération à l'abonnement comportant, soit un prix de.... par tête d'habitant (système que nous considérons comme absolument détestable, puisqu'il ne tient pas compte du nombre des inscrits) ; soit un prix de.... par assisté inscrit (système encore défectueux en raison des inscriptions prononcées d'office, ou bien au cours de l'année).

3° un système mixte comportant l'abonnement pour les inscrits, au début de l'année et la rémunération à la visite pour les assistés inscrits d'office ou au cours de l'année.

On comprendra qu'il nous soit difficile de donner des chiffres : ceux-ci varient forcément suivant les régions ; d'une manière générale, nous pouvons dire que les chiffres adoptés comportent une réduction de 50 % sur le tarif ordinaire. De même l'allocation kilométrique variera suivant qu'on se trouve en pays de plaine ou en pays de montagne, suivant l'état des chemins. etc., etc.

Ce sont là toutes questions que les intéressés eux-mêmes doivent trancher en s'inspirant des habitudes locales et en admettent une réduction raisonnable sur les prix habituellement pratiqués.

Il nous paraît difficile, eu égard au peu de temps qui nous sépare de l'ouverture des Conseils Généraux, que nos Confrères nouvellement élus, s'ils n'ont déjà sérieusement étudié cette question, puissent apporter un projet qui ait chance d'être adopté. Mais nous pensons qu'ils peuvent faire remettre la question à l'étude, en proposant des vœux en faveur de la réorganisation du service. Mieux vaut ajourner d'une année, que de risquer, par une motion intempestive, de compromettre le résultat.

Le système qui nous paraît devoir être préféré est celui de la rémunération à la visite : il est adopté dans de nombreux départements et est certainement le plus moral, puisqu'il proportionne la rémunération au service rendu.

Il accompagne généralement le système landais ; cependant il est, dans quelques départemeuts, combiné avec le système des circonscriptions.

Tout cela, nous le répétons, doit varier avec les régions et avec les habitudes médicales : tel système qui donne ici les meilleurs résultats et fonctionne à la satisfaction de tous, peut moins convenir dans une autre contrée et réciproquement.

Donc, que les nouveaux élus fassent acte d'initiative, qu'ils convoquent leurs confrères — (ce pourra être le point de départ de la constitution de syndicats) — qu'ils discutent avec eux la question et qu'ils portent, devant leur Conseil général, la solution qui aura eu la préférence de la majorité.

C'est d'eux alors, de leur zèle, de leur ténacité, de leur force de persuasion, que dépendra le succès.

A. Gassot.

CORRESPONDANCE

Lamotte-Beuvron, 21 juillet.

Mon cher Confrère,

Voudriez-vous consacrer quelques lignes, en votre si intéressant journal, à la manifestation que plusieurs confrères de notre région avaient organisée dimanche dernier en l'honneur de leur vieil ami, M. Chevallier.

M. Chevallier est un vieux praticien qui exerce ici depuis 1848 et qui, par son dévouement et sa générosité, a conquis la sympathie générale.

Nous avions pris l'initiative d'une souscription parmi tous ses anciens clients ; plusieurs de nos confrères de Paris avaient tenu à se joindre à nous, et dimanche, nous lui offrions, en même temps qu'un livre d'or, un bronze superbe.

La Société de médecine de Loir-et-Cher, dont M. Chevallier fut un des membres fondateurs, voulant lui donner un témoignage de son estime, lui avait

voté, le 4 juin, une médaille que le Dr Meunier, son président, est venu offrir lui-même.

En quelques mots, M. Meunier a retracé la vie du praticien très aimé et très désintéressé que fut toujours M. Chevallier, dont la parfaite honorabilité honore le corps médical tout entier.

Je serais très heureux, mon cher Confrère, qu'un mot de vous parût à ce sujet dans le « Concours ». Et si vous aviez besoin de quelques autres renseignements, je suis à votre disposition pour vous les donner.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Dr B. Hervé.

N. D. L. R. — Nous ne voyons rien de mieux à faire que de publier la lettre de notre confrère et de joindre nos félicitations aux siennes.

Mais, après avoir payé ce tribut aux vertus médicales du temps passé, nous croyons savoir que le Syndicat en formation dans Loir-et-Cher agirait sagement en combattant certaines pratiques d'exercice illégal, et d'empiètement sur notre domaine, qui paraissent nées du trop grand désintéressement des vieux médecins de cette région.

A des temps nouveaux, il convient de préparer des mœurs nouvelles.

Une inspection de pharmacie.

L. (Marne), 16 juillet 1898.

Mon cher Confrère,

Il n'y a qu'un instant deux messieurs se présentent chez moi; l'un me dit être un confrère ; l'autre, qui s'abstient d'énoncer sa qualité, me dit qu'ils viennent inspecter ma pharmacie.

Je les conduis aussitôt dans le local destiné à cet usage.

Celui qui ne s'est pas encore fait connaître inspecte les étiquettes, toutes portant la marque d'une des premières maisons de droguerie de France ; cependant, le confrère, qui regarde aussi, me cause amicalement et m'apprend que son compagnon est pharmacien de l'hôpital de X...

Au cours de son inspection, ce dernier me fait les seuls et singulier reproches suivants :

1° J'ai une pharmacie mieux montée que beaucoup de pharmacies tenues par des diplômés en cette profession. — Ce n'est pas un éloge pour eux.

2° J'ai beaucoup de nouveautés et de médicaments rares et en *trop grande quantité*. En ce moment il montrait un flacon de phénacétine de 250 grammes moitié plein et un autre d'acétanilide presque intact, il est vrai. Singulières nouveautés d'il y a 10 ans !

3° Pourquoi ai-je tous ces médicaments alors que je devrais n'avoir en ma pharmacie que des *médicaments d'urgence* ? Il est revenu à 3 ou 4 fois sur ce dernier grief.

On voit bien, Monsieur Josse, que vous êtes orfèvre !

4° Sur sa demande, je lui ouvre le tiroir aux poisons. Il y a 27 substances toxiques. Mais, en dehors, il voit sur des tablettes, non sous clef (comme dans toutes les pharmacies), du laudanum, de l'alcoolature d'aconit, une solution de morphine, une d'atropine et de la teinture de noix vomique (flacon vide en ce moment). Alors il déclare qu'il ne comprend pas que je n'aie dans le tiroir aux poisons que 3 ou 4 médicaments (il y en a 27) et que les autres se promènent dans la pharmacie. Je lui fis observer que, lorsque je sors, celle-ci est fermée à clef. Mais à quoi bon, son siège était fait d'avance.

Enfin il est parti disant qu'il n'admettait pas que je puisse délivrer à mes clients d'autres médicaments que des *médicaments d'urgence*.

Je lui ai répondu que je délivrerais à mes clients tous les médicaments que je jugerais devoir leur prescrire. Là-dessus, il me dit : « Eh bien, s'il y a des plaintes des pharmaciens de la région, je les appuyerai. »

Je comprends que le bonhomme qui, je crois, est commanditaire d'une maison de droguerie, soit fâché que je ne m'y serve pas, mais comme les pharmaciens sont à plus de 12 kilomètres je continuerai à fournir à mes malades tous les médicaments que je jugerai leur être utiles.

Il serait vraiment plaisant de voir les confrères du Monsieur porter plainte alors qu'ils donnent des consultations en l'arrière-boutique en toute tranquillité.

A vous bien cordialement.

Dr G.

Je ne me suis pas trompé mon grincheux est bien l'associé de la maison G. et L.

Je viens de voir le vétérinaire de X. Il a été morigéné par le même, parce qu'il se servait à une *autre* droguerie du même pays ? mais pas la sienne.

Est-ce assez réussi. A quand les commis des droguistes pour inspecter les pharmacies ?

BULLETIN DES SYNDICATS

et des sociétés locales.

Syndicat des Deux-Sèvres

Séance du 17 mars 1898 à Niort.

La séance est ouverte à 3 h. 1/2, immédiatement après celle de l'Association locale, sous la présidence du Dr Gaillard.

Présents : MM. Good, Chatelain, Pillet, Clais, Gille, Bouchet, Puy-le-Blanc, Senoble, Solon, Piotay, Dourif, Dupont, Rabec, Blanchet, Mayet, Marion, Martineau et Gaillard.

Excusés : MM. Charrier, Verlet, Prachet, Dulout, Guinebertière père, Moreau, Escure, Lecointre et Boudart.

Admissions :

1° M. Gallot, de Thouars, présenté par MM. Charrier et Pillet ;

2° M. Arqué, de Cherveux, présenté par MM. Pillet et Senoble, sont admis à l'unanimité, après le vote de la résolution suivante présenté par Senoble :

« Tout médecin, syndiqué ou non, doit, comme tout avocat et tout membre d'une profession libérale, s'abstenir d'offrir ses services sans qu'ils lui soient demandées, notamment en passant à heures fixes dans les localités, ou en y ouvrant un cabinet de consultation.

« En contrevenant à cette règle de conduite, il se met en dehors des lois déontologiques et s'expose, ainsi que la chose lui serait rappelée par le président du syndicat, à voir ses confrères faire le vide autour de lui et le combattre par tous moyens en leur disposition. »

En prenant possession du fauteuil de la présidence. le Dr Gaillard avait prononcé un discours fort applaudi sur les avantages des Associations syndicales, dont devraient faire partie tous les médecins, jeunes et vieux.

On aborde ensuite les questions à l'ordre du jour :

I. *Exercice illégal.*

1° Affaire B... : Après explications fournies par le Président et le Secrétaire, qui avaient pu compulser le vaste dossier du juge d'instruction, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité.

« Considérant que l'instruction commencée contre B... a abouti à une ordonnance de non-lieu, basée sur ce que le rebouteur, dans tous les faits relevés à l'enquête, a opéré de concert avec le docteur X... qui semblait être le principal opérateur, avec B... comme aide.

« Considérant que dans ces conditions une action civile ne pourrait amener la condamnation de B... et que l'avocat du syndicat nous dissuade absolument d'intenter des poursuites.

« Le Syndicat renonce, pour le moment, à poursuivre ledit B... se réservant toutefois de le faire ultérieurement s'il se produisait de nouveaux faits d'exercice illégal à la charge de cet homme.

« Le Syndicat constate avec regret la conduite peu digne du docteur X, qui n'a pas craint de s'associer à un rebouteur de profession, qu'il était censé employer comme aide, alors que dans l'opinion du public, les rôles sont renversés, M. le docteur X. étant considéré comme l'aide et le protecteur de B..., afin de le mettre à l'abri des poursuites.

« Le Syndicat blâme énergiquement une semblable manœuvre, absolument contraire à la déontologie médicale. »

2° Maria Rougier, ancienne infirmière, dormeuse à Niort, reçoit de nombreux clients auxquels elle délivre des ordonnances surchargées, si l'on en juge par les prix très élevés réclamés par les pharmaciens pour leur exécution : une moyenne de 30 francs.

Le Dr G... promet un rapport sur un cas d'exercice illégal de cette femme, cas qui a entraîné, pour le client, les suites les plus graves. Aussitôt saisi de ce rapport, le bureau réclamera des poursuites du parquet de Niort.

3° A Aziré (Vendée), un homme sous le couvert de pratiques pseudo-médicales, se livre, au su de toute la population, à des actes de la plus honteuse immoralité.

Le Dr C. assure cependant que le parquet vient de finir par s'émouvoir.

4° A Nieulles-sur-l'Autize, une religieuse se livre à l'exercice illégal de la médecine. Il en est de même à Souvigné.

Le Président dénoncera la 1re à Mgr l'Evêque de Luçon ; la 2e à Mgr de Poitiers.

5° Le secrétaire fait remarquer que les rebouteurs, pourchassés par les Syndicats, se transforment en « masseurs ». La loi limite très explicitement le pouvoir donné à ceux-ci. Ils ne doivent, en somme, qu'exécuter un mode de traitement qu'il appartient exclusivement aux médecins de prescrire et de surveiller.

II. *Assistance médicale gratuite.*

La préfecture ne nous a encore rien fait connaître sur le fonctionnement du nouveau système pendant cette première année d'essai. Elle ne nous a pas encore adressé les listes pour la présente année, ce qui ne sera pas sans entraîner quelques inconvénients.

L'assemblée signale au Préfet les deux abus suivants :

1° Les gardes-champêtres, avec ou sans ordre de leur maire, ne restent pas toujours *neutres* et la liberté du choix du médecin n'est pas respectée partout.

2° Les admissions au cours de l'année qui, d'après la loi, devraient être exceptionnelles, ont été très nombreuses. Certaines municipalités même, n'inscrivent les indigents qu'au fur et à mesure qu'ils tombent malades, pratique qui tend à fausser les résultats financiers de la loi.

Le Président, Dr Gaillard. — *Le Secrétaire,* Dr Marion.

REPORTAGE MÉDICAL

Société de médecine sanitaire maritime (autorisée en date du 14 juin 1898).— Il a été fondé à Marseille une Société de médecine sanitaire maritime dont le but est de grouper *tous les Docteurs possesseurs du certificat de médecin sanitaire maritime*, et de leur permettre de réunir et publier en commun les faits scientifiques intéressants que leurs voyages peuvent leur donner l'occasion d'observer.

La Société se met à la disposition des docteurs qui désireraient avoir des renseignements tant au sujet de l'examen pour l'obtention du certificat de médecin sanitaire maritime, qu'au sujet des embarquements dans les différentes compagnies de navigation françaises.

Nota.— Pour être membre actif de la Société, il faut être Français, docteur en médecine, médecin sanitaire maritime et verser une cotisation annuelle de trois francs.

Adresser la correspondance et les adhésions à M. le Secrétaire général de la Société de médecine sanitaire maritime, 1, cours du Chapitre, Marseille.

Membres élus pour les diverses fonctions du bureau pour l'année 1898-99.

Président.............	Dr Borel.	Marseille.
Vice-présidents	Fayol.	—
—	Reynès.	—
Secrétaire	Péhu.	—
Secrétaires adjoints...	Luys.	—
—	Vigné d'Acton.	—
Trésorier	Crillon.	—
Archiviste............	Aviérinos.	—

M. le Dr Perdriolat président sortant, n'accepte pas le renouvellement de son mandat.

Bibliographie : Un livre à lire, est celui que viennent de publier les éditeurs *Schleicher frères*, Léon Gambetta, biographie psychologique. Le cerveau, la parole, la fonction, l'organe l'histoire de la maladie et de la mort du célèbre tribun. Il est écrit par notre collègue le Dr V. *Laborde*. L'autopsie faite par lui a permis de constater une fois encore le développement de la 3e circonvolution frontale gauche, organe de la faculté de parole. — La mémoire de l'orateur était exceptionnelle. Le très remarquable travail de M. Laborde est illustré de portraits et dessins. On voudra le lire et le posséder.

ADHÉSIONS A LA SOCIETE CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4296. — M. le docteur Bourgeois, à Chartres (Eure-et-Loir), membre de la Société médicale d'Eure-et-Loir.

N° 4297. — M. le docteur Bourdicaud-Dumay, de Murat (Corrèze), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 34 20 AOUT 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Les cent mille francs de l'Amicale.

Mon cher Gassot,

Je m'empresse d'insérer le merveilleux résultat, que vous me signalez, aujourd'hui, comme trésorier de l'*Association amicale, pour l'indemnité en cas de maladie et d'accident.* C'est à nos infatigables correspondants, à vous, au Secrétaire général, au Conseil d'administration de notre Société, qu'il convient d'en attribuer l'honneur.

L'œuvre a distribué des indemnités croissantes, à chacune de nos séances trimestrielles ; le nombre des affiliés ne cesse de progresser ; les calculs de l'actuaire se vérifient pleinement ; chacun paye et reçoit en proportion de ses versements et de son âge ; c'est le droit absolu, base des œuvres durables et accessibles à tout médecin, quels que soient son âge et sa résidence.

L'Amicale possède *cent mille francs* ; notre caisse des pensions au premier jour possédera *un million* ; ces chiffres sont d'heureux augure pour le *Sou médical*, le dernier venu, qui lui aussi marche à grands pas. Vous vous joindrez à moi pour lui souhaiter, à lui, au contraire de ses aînés, de ne jamais accumuler ; plus il dépensera, plus il sera riche en bonnes actions.

Bien à vous.

A. CÉZILLY.

Association Amicale des Médecins Français.

Situation au 1er Août 1898.

1° Valeurs en portefeuille.	
300 fr. de rente 3 %...........	10.330 »»
350 fr. de rente 3.5 %.........	10.612 »»
10 obligations Est nouvelles..	4.817 50
30 obligations Midi anciennes	14.295 »»
20 obligations Est anciennes.	9.540 »»
10 obligations Grand Central.	4.740 »»
15 obligations Banque hypothécaire 1880...............	9.555 »»
	63.889 50
2° Espèces à la Société Générale	28.509 60
3° Espèces en Caisse............	7.611 49
Total.........	100.010 59

Quelques cotisations restent à recouvrer.

Le Trésorier,
A. GASSOT.

PROPOS DU JOUR

Le terrain d'entente entre les médecins.

(Réponse à un confrère.)

« Nous vivons isolés et trop souvent divisés, nous écrit un confrère de l'Ouest : et, moi qui déplore cette situation, je me demande où trouver le terrain, sur lequel il conviendrait de pratiquer le rapprochement. »

La question, ainsi posée, est vraiment peu embarrassante.

Le terrain à choisir, pour un premier échange de vues, pour une tentative de manifestation en faveur de la solidarité, c'est celui de la médecine publique, de nos rapports avec toutes les collectivités.

Etudiez soigneusement, la plume en main, avec des chiffres sous les yeux, le régime sous lequel vivent les médecins de votre région, en matière d'assistance médicale, d'inspection des enfants en bas âge, de soins aux mutualistes et aux victimes des accidents du travail. Renseignez-vous, s'il le faut, par l'envoi d'un questionnaire que vous retourneront les intéressés. Des données recueillies, vous tirerez un exposé de situation, qui mettra en lumière les exactions, dont vous êtes tous victimes, les injustices et les exigences auxquelles on vous soumet, le préjudice causé à l'intérêt commun du corps médical. Ces constatations faites, cherchez les remèdes à proposer, indiquez-les, étudiez-les à fond, dans votre rapport, en examinant d'aussi près que possible les détails de l'application.

Lorsque vous prierez vos voisins de se réunir en tel endroit, pour discuter une étude déjà aussi approfondie, soyez certain qu'ils viendront attirés par la quasi-certitude d'assister à une réunion féconde en résultats, et grosse de promesses pour l'avenir.

Et lorsque, en leur présence, vous aurez développé les grandes lignes de cet ordre du jour permanent que la médecine publique fournit à nos séances, lorsque vous aurez discerné, dans l'Assemblée, des collaborateurs particulièrement compétents et actifs et que vous aurez obtenu leur concours, en vue de nouvelles études, proposez que tous les médecins présents s'asseoient à la même table de banquet, en souvenir de la rencontre, que vous aurez ainsi provoquée et ce premier pas, que vous redoutiez tant, sera accompli.

C'est l'affaire d'un toast. Nous compterons un syndicat de plus, soyez-en sûr, et on peut affirmer qu'un secrétaire de votre trempe, cher confrère, assurera sa durée, son activité et son rôle bienfaisant.

Puisse votre lettre si intéressante avoir cette heureuse conséquence à bref délai.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Le protargol dans les affections oculaires.

M. le Dr *Valude* vient d'expérimenter le protargol dans une quinzaine de cas d'ophtalmie aux Quinze-Vingts : sur ces 15 malades, les uns étaient atteints d'ophtalmie purulente sérieuse ; les autres avaient de l'ophtalmie catarrhale simple ; d'autres enfin, des enfants, présentaient des ophtalmies phycténulaires avec sécrétion abondante. Le protargol a été employé suivant la formule indiquée par Darier, à 20 % dans les cas simples, à 50 % dans les ophtalmies caractérisées, et deux fois par jour. Dans tous les cas simples, conjonctivites catarrhales, catarrhe des ophtalmies phlycténulaires, le protargol a parfaitement réussi ; ce succès, joint au peu de douleur qu'il provoque en fait un agent très recommandable dans ces cas *simples*. Mais dans les ophtalmies sérieuses, je dois me séparer entièrement de l'opinion de M. Darier. Le protargol a été manifestement insuffisant, inférieur de beaucoup aux autres moyens et notamment au nitrate d'argent. Je citerai deux cas à l'appui de ce que j'avance. Un enfant entre à la clinique, atteint d'ophtalmie sérieuse et, par suite d'une absence, je ne le vois que deux jours après son arrivée. Pendant ce laps de temps on avait commencé des irrigations au permanganate de potasse qui avaient enrayé, en majeure partie, la suppuration. Voyant cet enfant à mon retour (l'ophtalmie n'était pas arrêtée et il existait encore du pus), je prescrivis le protargol à 50 %. En deux jours, il se fit une énorme reprise de la suppuration et une des cornées s'ulcéra. Je cessai bien vite le protargol pour mettre en action le nitrate d'argent qui, tout aussitôt, fit tomber l'ophtalmie. Le second cas est celui d'un adulte atteint d'ophtalmie gonorrhéique. Le protargol à 50 % amena une certaine amélioration, mais peu sensible et traînante ; le nitrate d'argent substitué au protargot conduisit, au contraire, très vite, à la disparition de la suppuration. Voici mes conclusions : Si l'on veut présenter le protargol comme un succédané du nitrate d'argent, valable dans les conjonctivites faibles, et plus agréable que lui, n'étant pas d'une application douloureuse, je suis d'accord avec M. Darier. Si l'on prétend remplacer le nitrate d'argent dans le traitement des ophtalmies graves par le protargol, même à 50 %, je tiens à protester, d'après mon expérience personnelle, contre la trompeuse et dangereuse sécurité que peut entraîner cette manière de voir. »

L'emploi de la bile de bœuf dans la lithiase biliaire.

Il ne s'agit pas ici, dit le Dr L... Gauthier, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, d'un travail expérimental, mais simplement de thérapeutique clinique. Il ne s'agit pas non plus d'une découverte, car il y a longtemps que la bile de bœuf est employée en médecine et que l'on s'en est servi pour répondre à des indications très diverses. Mais, si je n'ai rien inventé et si je n'ai pas le moindre cobaye sur la conscience, je crois pourtant avoir empêché de souffrir quelques malades atteints de lithiase biliaire en prévenant la formation de nouveaux calculs par l'emploi prolongé du fiel de bœuf à petite dose.

Voici dans quelles circonstances je fus amené à prescrire pour la première fois la bile de bœuf sous forme d'extrait :

Mme X... me consulta, il y a huit ans, pour des accès de gastralgie. De très bonne santé habituelle, elle était alors âgée de 55 ans. Sa mère est morte hémiplégique à 82 ans ; son père est mort à 76 ans d'accidents urinaires d'origine prostatique ; il avait eu à plusieurs reprises des coliques hépatiques.

Depuis environ 12 ans, Mme X... était prise, plusieurs fois par an et pendant deux ou trois semaines de suite, de ce qu'elle appelait ses crampes d'estomac.

Deux ans plus tard, en février 1893, je fus rap-

pelé auprès de Mme X... qui souffrait d'une colique hépatique typique. Cette fois rien n'y manquait : douleurs atroces irradiées vers l'épaule, vomissements, ralentissement du pouls. Deux ou trois jours plus tard, urines et téguments ictériques, enfin nombreux petits graviers hépatiques dans les selles.

Une fois l'orage dissipé, la malade me dit : « Ce n'est pas tout, il faut maintenant empêcher le retour du mal. Je sais que mon père a pris très longtemps des pilules de fiel de bœuf prescrites par un vieux praticien de campagne mort depuis longtemps et qu'il attribuait à ce traitement la disparition de ses crises de foie. Vous allez me prescrire des pilules de fiel de bœuf. »

L'idée me parut logique. Le travail de Prevost et Binet sur l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire a pour première conclusion que la bile est le plus puissant des cholagogues. Quelques recherches bibliographiques me montrèrent que Schiff, dès 1873, avait recommandé le choléate de soude comme remède préventif contre la lithiase biliaire et que cette indication avait été suivie avec succès par Dabney en Amérique.

La préparation du choléate de soude pur, étant, au dire du pharmacien de Mme X..., difficile et coûteuse, je prescrivis un extrait de bile de bœuf fraîche, décolorée et stérilisée.

Les matières colorantes de la bile, surtout la bilirubine, sont beaucoup plus toxiques que les sels biliaires ; en outre, des cristaux de matière colorante servent souvent de noyau de formation aux calculs biliaires. Il y avait donc avantage à se débarrasser des matières colorantes.

La nécessité de la stérilisation du produit n'est pas moins évidente. Toute chance d'infection par une bile renfermant des microbes est ainsi évitée et l'extrait stérilisé peut se conserver plusieurs mois sans s'altérer. La température de 104 à 105°, qui est atteinte dans l'autoclave n'altère pas les sels biliaires.

L'extrait ainsi préparé est d'un blanc jaunâtre, il a une saveur très amère et une odeur assez désagréable ; il ne peut donc être prescrit que sous forme de pilules ou encore dans des capsules gélatineuses. 100 grammes de bile donnent environ 10 grammes d'extrait. 10 centigrammes d'extrait représentent donc les substances actives d'un gramme de bile de bœuf.

Dès que la préparation fut terminée, Mme X... commença sa cure, prenant aux deux principaux repas une pilule de 10 centigrammes d'extrait associés à quantité suffisante de poudre inerte.

Depuis le mois d'avril 1893 jusqu'à aujourd'hui, cette dame a eu la constance de prendre tous les jours, à bien peu d'exceptions près, tantôt deux pilules, tantôt une seulement. Cette constance a été récompensée. Depuis cinq ans, les coliques hépatiques ne se sont jamais reproduites et, résultat que la malade n'apprécie pas moins, les soi-disant gastralgies ont disparu comme par enchantement. Mme X... n'a jamais dès lors rien ressenti qui rappelât ses prétendus maux d'estomac. Bien plus, elle peut manger sans inconvénient les aliments qui avant l'usage du fiel de bœuf ramenaient les crises.

Ce brillant résultat m'a encouragé à prescrire l'extrait de bile de bœuf à un assez grand nombre de malades, soit en ville, soit à l'hôpital. Presque tous s'en sont bien trouvés.

Il me semble donc, que l'usage prolongé de la bile de bœuf, à petite dose, est utile chez les candidats à la lithiase aussi bien que chez les lithiasiques avérés. L'usage, même prolongé, de la préparation n'a d'ailleurs jamais eu d'effets secondaires fâcheux. Des doses plus considérables (50 et 60 centigrammes) données dans des cas d'ictère par rétention, ont de même été bien supportées.

Le traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

On sait combien est grande parfois la difficulté de provoquer une selle chez les malades atteints de colique saturnine. Les purgatifs les plus énergiques restent sans effet, il faut les répéter plusieurs jours ; pendant ce temps, le malade continue à souffrir de douleurs musculaires souvent très violentes et d'une constipation qui entraîne avec elle de l'anorexie et des vomissements.

Or, d'après une communication faite à la Société de biologie, M. Deléarde, professeur agrégé à Lille, aurait trouvé dans le sérum artificiel un médicament rapide dans son action, constant dans ses résultats et capable de produire à bref délai un flux intestinal et la disparition des douleurs.

Dans neuf cas d'intoxication aiguë par le plomb, se manifestant par les symptômes classiques de la colique saturnine, le sérum artificiel a supprimé la douleur, en moyenne, cinq ou six heures après l'injection, et amené une diarrhée le lendemain de l'intervention. Cette débâcle intestinale durait deux à trois jours avec trois selles en moyenne par vingt-quatre heures, sans l'administration d'aucun autre médicament. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore très rapidement, l'appétit reparait, les vomissements cessent en même temps que les douleurs musculaires, et le pouls, de ralenti qu'il était pendant la crise, redevient normal.

Il est important de noter que la quantité d'urine n'est pas augmentée d'une façon sensible comme cela se passe ordinairement après les injections de sérum artificiel, toute l'action du sérum semble se porter du côté de l'intestin, ce qui, dans le cas présent, ne peut être que fav rable aux malades.

Les neuf malades, observés dans le service de clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, étaient des ouvriers cérusiers (8 fois) et un ouvrier plombier. Tous travaillaient au plomb depuis plusieurs mois à deux ans et quelques-uns d'entre eux avaient déjà présenté plusieurs fois des accidents de colique saturnine : cinq étaient fortement touchés, la constipation et les douleurs musculaires s'accompagnaient de céphalée, de vomissements et de névrite périphérique.

Le seul traitement institué consistait à injecter sous la peau de l'abdomen 500 cent. cubes de sérum artificiel (formule de Hayem). Cette dose a toujours été suffisante pour amener la guérison dans les délais indiqués plus haut, sauf dans un cas particulièrement grave, où elle a dû être portée à un litre, injecté en deux fois à deux jours d'intervalle. Le sérum n'a aucune action sur les paralysies saturnines, il ne supprime

que les douleurs musculaires et la constipation ainsi que les symptômes surajoutés, qui en découlent, tels que les vomissements et la cépaalée. Aucune tentative n'a été suivie d'insuccès et dans tous les cas, le rétablissement complet du malade est survenu plus rapidement qu'avec les anciens modes de traitement.

Traitement de l'uréthrite à gonocoques par le protargol,

Par le Docteur Paul Noguès.

L'auteur a noté 15 observations de blennorrhagie à la policlinique de l'hôpital Necker. Il a fait suivre rigoureusement le traitement recommandé par Neisser.

Le malade doit prendre trois injections par jour : matin, après-midi et soir. L'injection du matin et celle de l'après-midi seront conservées cinq minutes, celle du soir trente minutes ; mais comme fréquemment, les doigts du malade se fatiguent à tenir fermé le méat pendant un temps aussi long, on peut remplacer cette unique injection d'une demi-heure par six injections successives de cinq minutes chacune.

Au bout de quelques jours, les deux premières injections deviendront inutiles, et on pourra se contenter de celle du soir. La grande facilité de ce traitement permet de le continuer pendant un temps fort long (trois ou quatre semaines), et, pour Neisser, ce serait là la cause des bons résultats que l'on obtient. Ces injections se prennent comme les injections ordinaires ; il est bon seulement de substituer à la seringue uréthrale banale une seringue d'une capacité de 10 à 15 cent. cubes, qui permet l'introduction d'une plus grande quantité de liquide et sa pénétration dans tous les replis de la muqueuse. Quant aux solutions employées, elles sont de concentration variable ; on commence par 0.25 % et très rapidement on élève le titre à 0.50 et 1 %.

Les résultats ont été les suivants : 4 malades pris au début, 4 guérisons ; 4 malades aigus, 3 guérisons, 1 insuccès ; 7 malades torpides, 7 guérisons. Au total, sur 15 malades, nous enregistrons un *seul insuccès* et *14 guérisons*. Quant à la valeur de ces dernières il ne doit subsister aucun doute ; tous nos malades sans aucune exception ont été revus et réexaminés dix jours au moins après la fin de tout traitement ; tous s'étaient soumis aux deux épreuves habituelles : ingestion de bière et coït sous le couvert d'un préservatif.

Revenons au traitement lui-même pour mentionner quelques particularités intéressantes : d'abord, l'indolence presqu'absolue de ces injections ; nous n'avons observé de douleurs ni immédiates, ni consécutives ; c'est à peine si, à l'usage des solutions fortes, certains malades se sont plaints de quelques sensations rectales et quelques envies d'uriner, mais qui n'étaient nullement comparables à celles qui suivent les instillations argentiques. La durée du traitement lui-même a varié dans des limites assez étendues de 6 jours à 36, chiffres extrêmes, mais la moyenne a été d'une vingtaine de jours et, à notre avis, elle pourrait être réduite à 12 ou 15. Ce qui nous a amené à prolonger le traitement au-delà de cette période, c'est d'abord le conseil formulé par Neisser, et en second lieu l'apparition, chez plusieurs malades, d'un écoulement très abondant, qui nous faisait supposer, malgré l'absence de gonocoques, que nous étions bien loin de la guérison. Il n'en était rien, car il s'agissait d'un écoulement réactionnel survenant après l'emploi des solutions de protargol. Malheureusement, nous avons à enregistrer deux orchites survenues l'une chez un malade à la période aiguë, l'autre dans un cas de blennorrhagie torpide.

Parmi les observations qui servent de base à ce travail, il en est quelques-unes qui montrent d'une manière éclatante l'action du protargol sur l'uréthrite à gonocoques : nous avons pu la vérifier en particulier sur un jeune homme de 16 ans sans chaude-pisse antérieure, porteur d'un écoulement remontant à 48 heures et accusant déjà quelques douleurs à la miction : nous lui prescrivîmes les injections habituelles de protargol à 0,25 %, mais au bout du 6e jour, ayant épuisé sa provision de solution et n'ayant plus d'argent pour renouveler son ordonnance, il cessa brusquement son traitement : il était bien guéri cependant, comme nous pûmes nous en convaincre par deux examens ultérieurs faits à 8 jours d'intervalle.

Traitement des maladies du cœur par les agents physiques.

M. le Dr *A. Piatot* a exposé, dans sa thèse inaugurale, les principaux moyens de traitement des maladies du cœur par les agents physiques ; voici en quelques mots ses conclusions :

I. La méthode adjuvante par les agents physiques représente un traitement hygiénique, qui vise à éloigner et à prévenir la décompensation dans les maladies valvulaires, en prévenant les stases sanguines abdominale et périphérique ; il agit surtout favorablement sur les cardiopathies artérielles, en diminuant le travail du cœur et en abaissant la pression vasculaire. Dans les troubles fonctionnels du cœur ; il rend de grands services, en atténuant son excitabilité, en faisant disparaître la tachycardie et l'arythmie et en agissant profondément sur la nutrition.

II. — Ce traitement ne peut prétendre guérir une lésion du cœur confirmée. La difficulté du diagnostic, dans nombre de cas, explique les guérisons qu'on lui a attribuées. Ce que l'on peut obtenir, c'est une guérison « *fonctionnelle* », comme l'appelle M. Huchard, mais pas une guérison anatomique.

III. — Les eaux minérales chlorurées sodiques (faiblement minéralisées et thermales) ont une action sur la nutrition, favorisent la diurèse dans les cardiopathies artérielles. Grâce à la balnéation, elles agissent par vaso-dilatation, dans le même sens que la méthode adjuvante.

IV. — L'hydrothérapie froide est souvent contre-indiquée dans les affections valvulaires et artérielles. Sagement prescrite, elle peut rendre des services dans les troubles d'innervation cardiaque, moins souvent dans l'asthénie cardio-vasculaire des cardiopathies valvulaires et artérielles.

V. — Le climat est un adjuvant utile de la cure, à condition qu'il soit tempéré, modérément chaud, ni trop sec, ni trop humide ; les faibles altitudes conviennent mieux que le climat de montagne, qui doit être absolument proscrit.

VI. — Le régime alimentaire a une importance

considérable, surtout dans les cardiopathies artérielles. Le lait, dans ces cas, doit former la base essentielle de l'alimentation. Le thé, le café, l'alcool et le tabac doivent être défendus aux cardiaques.

VII. — De nos recherches personnelles, il résulte que le massage et la gymnastique médicale constituent une médication adjuvante indispensable pour le traitement.

Ces pratiques agissent :

1° En augmentant la diurèse ;

2° En favorisant l'oxydation plus complète des produits de désassimilation ;

3° En activant la capacité respiratoire ;

4° En régularisant les fonctions digestives et intestinales ;

5° En facilitant la résorption des œdèmes, la disparition des stases veineuses ;

6° En agissant directement sur la circulation (diminution de la tension artérielle, disparition de la tachycardie et de l'arythmie, diminution du nombre des battements cardiaques).

VIII.— Le massage abdominal, en particulier, semble agir sur la diurèse par le même mécanisme que la digitale, puisque l'augmentation des urines coïncide, par l'emploi de ces deux moyens, avec la vaso-dilatation et la diminution de la tension artérielle succédant promptement à un état de vaso-constriction et d'hypertension artérielle. Donc, l'augmentation de la diurèse est liée surtout à l'accroissement de la vitesse du sang dans le rein, plus qu'à l'élévation de la pression vasculaire. Il s'agit là d'une véritable *poussée* sanguine, analogue à la brusque poussée de l'eau à travers une digue rompue. (H. HUCHARD.)

IX. — Le traitement « par les agents physiques » est utile et même souvent indispensable, puisque les résultats l'attestent ; les modes d'action invoqués jusqu'ici, — sauf l'action sur la circulation périphérique qui est la seule logique, — sont des hypothèses ingénieuses. Il nous suffit donc pour le moment de constater des faits ; c'est à l'avenir de fournir les explications scientifiques basées sur des observations plus nombreuses.

Sur le traitement de l'empoisonnement aigu phosphorique et morphinique.

Depuis longtemps déjà, on a préconisé le permanganate de potasse comme un antidote de l'empoisonnement aigu par le phosphore et de l'empoisonnement aigu par la morphine. On a attribué cette action antidote à l'oxydation du phosphore et de la morphine par le permanganate de potasse, d'où résultent des produits inoffensifs, l'acide orthophosphorique, et l'oxydimorphine. (*Revue internationale de Thérapeutique.*)

Toutefois, le permanganate de potasse est lui-même un toxique, et, pour cette raison il ne saurait être administré à hautes doses. Dans ces conditions M. Schreiber s'est donné pour tâche de rechercher si le permanganate de soude ne pourrait être substitué au permanganate de potasse à titre d'antidote du phosphore et de la morphine, le premier de ces deux sels ayant une toxicité beaucoup moins grande que le second. En effet, tandis qu'une dose de 2 gr. 75 de permanganate de potasse a produit des accidents mortels chez un lapin, la même dose de permanganate de soude n'a pas occasionné le moindre effet toxique. Non pas que ce sel soit absolument inoffensif. Chez un chien de taille moyenne, la dose maxima, supportée sans danger, peut être fixée à 4 gr. 5. Il faut surtout éviter d'administrer le permanganate de soude en solutions concentrées, car dans ces conditions il y a lieu de compter avec l'action toxique de l'acide permanganique. Quant au reste, à en juger par les résultats des expériences de M. Schreiber, l'action antidote du permanganate de soude ne le cède en rien à celle du permanganate de potasse. Ainsi, un chien du poids de 20 kilogrammes, auquel on a successivement fait absorber 6 grammes de morphine et 500 centimètres cubes d'une solution de permanganate de soude à 0,2 p. 100, a présenté des manifestations toxiques insignifiantes : de même, un chien de poids pareil, auquel on a successivement fait absorber 15 centigrammes de phosphore et 150 grammes d'eau tenant en dissolution 10 centigrammes de permanganate de soude.

En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité de ne pas négliger les moyens autres que l'administration d'un antidote et susceptibles de combattre efficacement l'empoisonnement, tel le lavage de l'estomac, qu'on pourra faire avec une solution de permanganate de soude à 0,20 p. 100. Le lavage devra être pratiqué, même dans les cas où l'empoisonnement remonte déjà à plusieurs heures. En effet, Ebstein a fait publier jadis un cas d'empoisonnement où, douze heures après l'absorption des toxiques, le lavage de l'estomac a encore ramené de la morphine et de la quinine.

Après le lavage, on fera boire au patient un demi-litre d'une solution de permanganate de soude à 0,2 p. 100, ou on introduira le liquide dans l'estomac à travers la sonde. Au besoin on renouvellera le lavage, à quelques heures d'intervalle. En cas d'impossibilité de faire le lavage de l'estomac, on administre de l'apomorphine sous la peau, pour provoquer des vomissements.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement de la gale.

La gale a un symptôme pathognomonique par excellence : le sillon. Cherché et découvert dans ses lieux d'élection, le sillon nous avertit qu'il s'agit de la gale. Mais il ne faut pas agir à la légère et prendre pour un sillon une égratignure de la peau, une strie cutanée salie par des poussières. Au besoin l'on cherche l'acare. Pour la recherche du sillon, il faut se rappeler trois choses :

1° Le sillon est extrêmement difficile à trouver, il faut une grande patience, passer des heures à sa recherche. Il faut se rappeler qu'il y a des gales excessivement pauvres en sillons.

2° Le sillon peut faire défaut dans deux ordres de profession, chez les personnes qui ont les mains calleuses à cause des contacts durs que leur impose leur métier : maçons, terrassiers et chez les personnes maniant des produits chimiques : teinturiers, blanchisseurs, cimentiers, peintres. Enfin le sillon fait presque défaut dans

la gale pustuleuse. Il faut se rappeler aussi les sièges d'élection de la gale.

3° Enfin la physionomie générale de la gale donnera des renseignements précieux : éruption généralisée à tout le corps sauf tête et dos.

L'évolution de la maladie peut aussi aider le diagnostic. Sur un galeux, on trouve le sillon, des papules, des pustules, puis des lésions de grattage, lymphangite, furoncles, etc.

Le malade vous avertira lui-même de ses démangeaisons avec leurs trois caractères : intensité, permanence, exacerbation nocturne.

Tout cela réuni, sans oublier la contagion de famille significative, vous permettra de diagnostiquer facilement la gale.

L'erreur est pardonnable dans trois cas : lorsque la gale est partielle ou naissante, et qu'on n'a que très peu de renseignements ; lorsqu'à la gale s'ajoutent des phénomèmes inflammatoires qui les masquent complètement ; et enfin chez les hystériques qui ont des troubles de la sensibilité : chez eux, la gale ne démange pas.

Mais pour être complet, le diagnostic doit considérer les diverses variétés de gale qui peuvent se présenter.

Elles peuvent se multiplier à l'infini, mais deux ou trois seulement sont utiles à connaître.

La gale norvégienne est une gale monstrueuse, consistant en de véritables callosités, comparables comme épaisseur à une carapace dure comme du cuir. Cette gale serait due à un sarcopte spécial aux carnassiers sauvages, le loup particulièrement.

La gale du cheval, dont on connaît un cas, publié par M. Besnier, est due au sarcopte du cheval et caractérisée par une érythrodermie généralisée ou bien en placards sur divers points du corps.

La gale du chat et du chien n'est pas intéressante.

Il faut enfin se rappeler la gale des mondains, des élégants, des gens du monde et qui se rencontre rarement à l'hôpital. Ce n'est pas le gros type de gale étudié jusqu'à présent et de même qu'il y a une syphilis des gens du monde, de même il existe une gale des gens du monde.

Le mondain, par ses habitudes d'hygiène et de propreté, se traite inconsciemment. Cette gale affecte deux types : 1° La gale partielle qu'on trouve sur la verge, au sein chez la femme, aux fesses chez l'enfant. La gale du pénis est la plus fréquente : deux ou trois papules et c'est tout, de sorte qu'on pourrait, sans un examen attentif, la confondre avec de simples vésicules d'herpès. 2° La gale discrète et disséminée où l'éruption est réduite à sa plus simple expression. On rencontre le sillon, mais deux, trois ou quatre seulement, quelquefois un seul, et non le sillon noir, gris d'ordinaire, mais un sillon blanc, plus blanc que la peau, et comparable à celui qu'on obtient en passant une épingle sur l'épiderme. C'est une gale amoindrie.

Les anciens n'avaient pas assez de *traitements dépuratifs* pour combattre la gale, toute la pharmacopée y passait. Aujourd'hui qu'on est fixé sur le caractère parasitaire de la gale, on a recours à d'autres méthodes.

Parmi les substances acaricides il faut surtout citer le soufre et ses composés, le mercure, le carbonate de chaux, de potasse, les acides. l'huile de cade, la térébenthine, le goudron, le pétrole, etc., etc.

La méthode de traitement par les acaricides peut être rapide ou lente. Bazin et Hardy vantent les bienfaits du traitement rapide, traitement réduit à une heure et demie pour Hardy.

Voici la manière d'appliquer ce traitement à l'hôpital Saint-Louis.

Dans la première demi-heure, le malade est frotté avec du savon noir ; pendant la seconde, il est mis au bain où il continue de se frotter; durant la troisième il s'enduit le corps d'une pommade soufrée. La friction avec le savon noir et le bain avec frottement sont destinés à ouvrir les sillons et à mettre l'acare à ciel ouvert. Lorsque le sillon est ouvert, on extermine l'acare avec du carbonate de potasse ou de soufre (pommade d'Elmerich, ou pommade de Hardy, etc.).

On traite les vêtements et le linge du malade en les passant à l'étuve à 115°, on fait de même pour les effets de literie.

Cette médication excellente en soi réussit quatre-vingt-seize fois sur cent, mais ce traitement, encore usité, est trop cruel, il est surtout trop excitant pour la peau.

Il est des cas où le traitement rapide doit être mis de côté : il serait un véritable supplice pour les malades dans les cas de gale compliquée de phénomènes cutanés importants, lorsque la gale est phlegmasique. Pour les enfants le traitement rapide ne doit pas être employé parce qu'il excite étonnamment la peau, irritation qui amène à son tour une excitation fébrile. Il en est de même pour les personnes nerveuses.

Chez l'adulte, lorsque la gale est inflammatoire, faire prendre pendant deux à trois jours de grands bains, des cataplasmes amidonnés, de la pommade à l'oxyde de zinc. Avec ces quelques soins la peau devient moins enflammée, alors on peut instituer le traitement rapide.

Pour les enfants on emploie la pommade de Hardy coupée :

Pommade.................	2 parties
Amandes douces..........	4 parties

D'ailleurs toutes les gales ne relèvent pas du traitement de Saint-Louis, ce qui arrive pour la gale des gens malades, et des mondains. Dans ces cas, oindre pendant deux à trois jours le corps de styrax ou de pommade au naphtol.

Le baume du Pérou en frictions donne d'excellents résultats, mais il n'est pas à la portée de tout le monde. Il a l'avantage énorme de ne pas enflammer la peau. C'est un acaricide puissant. Sans friction préalable, on s'enduit le soir tout le corps avec ce baume ; le lendemain on prend un bain et on est guéri.

Quand on a tué l'acare, tout n'est pas fini, car le lendemain la peau est malade, elle est rouge, endolorie, érythémateuse ; il faut la soigner. Dans ce but donner un bain tiède tous les jours pendant deux à trois jours. Entre temps se servir pour la calmer de pommades adoucissantes.

Consécutivement à la gale il peut survenir quelques accidents, tels que le prurit. Ce prurit, véritable névralgie spéciale, névralgie prurigineuse, est dû à une irritation de la peau par l'acare ou le frottement. Il peut durer plusieurs semaines. Dans ce cas, ordonner des douches tièdes.

Il existe même des malades scabiomanes, ils ont la terreur de la gale. C'est alors un prurit par suggestion, qui les tourmente pendant des mois.

Il faut encore citer l'eczéma post-scabieux (Bazin). Pour certains malades la gale est en effet le point de départ d'un eczéma rebelle à tous les traitements.

La sciatique, formes, causes et traitement.

Le pronostic et le traitement de la sciatique sont dominés par son étiologie. La forme bénigne de Lasègue (sciatique névralgique de Landouzy) dépend d'une cause transitoire, accidentelle; les moyens de la guérir sont nombreux, efficaces, variés. La forme grave (sciatique névrite de Landouzy) est souvent d'une ténacité désespérante. Cette ténacité dépend soit d'une continuité de la cause primitive, habitation humide, par exemple, soit d'une tare organique, goutte, diabète, syphilis, blennorragie, paludisme, etc. Tant que cette cause n'est pas reconnue et supprimée, la guérison complète ne saurait guère être obtenue.

***

A la suite d'un refroidissement, après avoir passé une nuit couché sur le sol, après s'être longtemps assis sur un banc humide, sur l'herbe mouillée (sciatique des pêcheurs à la ligne), après une contusion du nerf (équitation, longue course à bicyclette sans entraînement, sur une selle mal faite), un malade est pris d'endolorissement, de crampes. Les souffrances, dans cette forme, sont beaucoup plus vives que dans la forme grave. Le moindre mouvement, un effort quelconque (éternuement, toux, défécation) peuvent déterminer des paroxysmes névralgiques atroces.

Pendant cette période de début, extrêmement douloureuse, le mieux est de maintenir le malade au lit, de provoquer une sudation générale par des boissons chaudes abondantes, une sudation locale par des enveloppements ouatés; le coton, dit au jaborandi, peut être utilisé pour ces enveloppements. Comme topique local, le meilleur calmant est, assurément, la pommade au dermatol (5 grammes de dermatol pour 20 grammes de vaseline). L'intensité de la douleur peut obliger à donner, non de l'opium, qui augmenterait la constipation déjà très tenace en raison de la douleur, mais du chloral, de la morphine, soit par la bouche, soit en injection *loco dolenti*. Quand il y a énervement, insomnie, plutôt que douleurs très vives, le valérianate d'ammoniaque (4 à 6 gramme de la solution le soir, dans une infusion chaude) réussit fort bien. A cette période, l'antipyrine, le salicylate, donnent peu de résultats.

La première poussée aiguë un peu calmée, le moyen héroïque est la pulvérisation au chlorure de méthyle. Celle-ci sera faite à petit jet, en éventail, sur une très grande étendue et non avec un gros jet en ligne suivant le trajet du nerf. Le jet sera dirigé obliquement par rapport à la peau. Les grosses cupules blanches produites par le jet perpendiculaire peuvent donner des escharres. Le jet sera changé de place, sitôt le givre blanc apparu.

La faradisation réussit également fort bien. Le malade sera placé, le pied nu du côté malade, sur une plaque un peu grande, mouillée d'eau salée. Un pinceau métallique fin, relié de préférence au pôle positif, sera promené sur tout le membre, sans grand souci du trajet du nerf. Courant fort sans être insupportable, assez fort pour déterminer quelques contractions musculaires. En électrisant le jarret, surtout au niveau du sciatique poplité externe, on se défiera des soubresauts brusques, qui font souvent chanceler et souffrir beaucoup le malade. Il est utile que celui-ci place les deux mains sur le dossier d'une chaise, pour avoir un bon point d'appui. Le pinceau sera promené jusqu'à rougeur vive de la peau. La faradisation présente l'avantage de ne laisser aucune trace, aucune pigmentation, tandis que, sur les peaux très fines, le chlorure de méthyle donne parfois des pigmentations assez durables.

Deux ou trois séances, soit de siphon, soit de faradisation, à deux jours d'intervalle, suffisent, en général à la guérison.

A défaut de ces moyens, les frictions à l'essence de térébenthine sont l'agent le plus rapide. Il est sage de prévenir le malade de ne les faire ni près du feu, ni à la lumière d'une bougie.

***

Dans toute sciatique résistant à ces modes de traitement, arrivant à s'accompagner d'atrophie musculaire, on doit tout d'abord rechercher la cause soit locale, soit générale. Il suffira parfois de faire quitter un appartement humide ou, au rez-de-chaussée, d'éloigner le lit d'une cloison en plâtre fraîchement refaite, de substituer, chez un bureaucrate, à un fauteuil de crin froid et dur, un fauteuil de drap bien rembourré, pour avoir un premier soulagement. Les varices ont une importance spéciale; des bas élastiques avec genouillère montant très haut, l'enveloppement par une bande de flanelle un peu large et taillée en biais, font disparaître bien des endolorissements chroniques; la résection de paquets variqueux accolés au nerf a réussi dans plusieurs cas très tenaces observés par Quénu. Les diverses causes de compression, jarretières circulaires, tumeurs diverses du bassin, et surtout constipation, seront recherchées avec soin.

Quelques sciatiques dues à des tares générales ont des caractères spéciaux. La sciatique diabétique est presque toujours bilatérale. Elle ne s'améliore, comme l'a montré Worms, qu'avec un régime très sévère. La sciatique palustre offre des paroxysmes intermittents; les injections sous-cutanées de quinine réussissent souvent fort bien. La sciatique syphilitique, remarquable par ses paroxysmes nocturnes, cède vite au traitement mixte. La sciatique blennorragique est très rebelle; elle persiste aussi longtemps qu'il reste la moindre trace d'écoulement ou même, après la disparition de l'écoulement, la moindre trace de rétrécissement urétral. La sciatique de l'hystérie succède souvent à un accès; elle offre le contraste de douleurs atroces avec anesthésie complète cutanée du membre; en dehors du traitement ordinaire (douche, isolement), elle cède bien à la faradisation, mieux encore aux étincelles statiques.

Dans ces sciatiques tenaces, ordinairement peu douloureuses, le chlorure de méthyle sera surtout appliqué au moment des poussées subaiguës. S'il existe des points fixes et persistants,

l'application par les tampons stypes de Bailly, de Chambly, en application soutenue, profonde, réussit mieux que la pulvérisation. En cas de sciatique avec zona, le stypage des îlots d'herpès, quand les vésicules commencent à s'éteindre, est un incomparable moyen.

Tous les autres traitements locaux, pointes de feu, vésicatoires en longue bandelette, bains de vapeur, applications chaudes, frictions de toute espèce, sont de beaucoup inférieurs au courant continu. Le courant continu a l'avantage de calmer la douleur et de faire disparaître l'atrophie musculaire. Cette atrophie, effet de la névrite, contribue pour beaucoup, une fois produite, à éterniser la fatigue et les douleurs. La position du malade sera la même que pour la faradisation, le pied nu sur une plaque grande bien mouillée, reliée au pôle négatif. Un rouleau au pôle positif, sera promené pendant dix minutes environ, non seulement sur tous les points douloureux, mais sur tous les muscles atrophiés. Une intensité de 8 à 10 milliampères est très suffisante. Les séances seront faites tous les deux jours seulement. Les jours intermédiaires pourront être employés à des massages, des bains de vapeur, des frictions, des siphonages, etc. La durée du traitement dépasse bien rarement six semaines. L'amélioration de l'amyotrophie est, au point de vue du pronostic de la durée, le meilleur élément.

A.-F. Plique.

(in *Presse médicale.*)

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

L'ophtalmie des nouveau-nés fournit le tiers des aveugles qui peuplent nos asiles (Panas). Depuis que l'on sait que cette terrible affection est d'origine infectieuse, qu'elle se contracte lors du passage du fœtus à travers les organes maternels contaminés, on s'est efforcé de la prévenir, d'une part en réalisant l'antisepsie des organes génitaux de la femme, d'autre part, au moyen de collyres introduits dans les yeux de l'enfant et destinés à détruire les germes qui auraient pu pénétrer dans l'œil, malgré toutes les précautions prises du côté des organes génitaux de la mère. C'est ce sujet, si intéressant, qui a fait l'objet de la thèse inaugurale du Dr Reymond. Après avoir passé en revue les moyens mis en usage par la plupart des auteurs, l'auteur de cette thèse décrit la méthode préventive et curative qui est employée à la clinique Baudelocque (Service de M. Pinard).

Les efforts du médecin doivent surtout tendre à prévenir l'éclosion de la maladie : l'antisepsie des mains de l'accoucheur avant le toucher vaginal, les bains généraux, les injections vaginales pendant la grossesse et le travail chez toutes les femmes en général et surtout chez celles qui sont suspectes d'une infection blennorrhagique, ont une valeur préventive indiscutable. C'est grâce à ces mesures de prophylaxie que le chiffre des ophtalmies est tombé à 1 ou 2 p. 100, à la clinique Baudelocque.

Toutefois les mesures en question ne sauraient faire exclure le traitement local, du moment qu'elles n'aboutissent pas à la suppression complète de l'ophtalmie chez les nouveau-nés.

Les méthodes qu'on a employées pour atteindre ce résultat sont des plus diverses. La plus répandue, celle qui est pour ainsi dire classique, est la *méthode de Crédé* : elle consiste à instiller entre les paupières du nouveau-né, deux ou trois gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 40, qu'on a soin de neutraliser immédiatement par une solution d'eau salée. A cette méthode, on en a substitué d'autres : une des plus usitées est celle de *Valude*. Elle consiste à insuffler entre les paupières, de l'iodoforme finement pulvérisé. On a également employé l'acide phénique et le sublimé. Pour ce qui nous concerne, nous croyons devoir nous élever contre l'emploi de ce dernier médicament. Nous avons vu, après d'autres observateurs, des cornées devenues à jamais opaques, à la suite d'instillations de sublimé dans les yeux du nouveau-né.

Il est des accoucheurs qui se contentent de nettoyer les paupières des nouveau-nés avec des tampons imbibés d'un liquide antiseptique, et qui s'abstiennent de tout autre traitement, à moins qu'une ophtalmie ne se déclare. M. *Reymond* (1) préconise l'instillation du jus de citron pur ou d'une solution d'acide citrique à 5 p. 100; c'est là du reste la méthode suivie à la clinique de son maître, M. le professeur *Pinard*. Il affirme que cette méthode est très efficace. Mais est-ce bien à l'emploi du citron ou de son succédané l'acide citrique que sont dus ces bons résultats? Aussi bien, il n'est pas aisé de faire la part de ce qui revient au traitement oculaire et de ce qui est dû aux injections vaginales préventives. Pour avoir un critérium exact, il faudrait peut-être pouvoir comparer des nouveau-nés chez lesquels le traitement prophylactique se réduirait aux seuls soins maternels de phophylaxie, à d'autres chez lesquels, à ces soins, s'ajouterait un traitement oculaire. Ainsi que le rappelle M. Reymond, *Kaltenbaeh* n'a pas observé un seul cas d'ophtalmie sur 330 nouveau-nés, dont il s'est borné à laver les yeux avec de l'eau distillée.

*
* *

Une fois l'ophtalmie déclarée, que faut-il faire? Les classiques conseillent l'usage du nitrate d'argent, auquel on a essayé de substituer d'autres produits, en particulier le permanganate de potasse et le permanganate de chaux.

Introduit en oculistique par *A. Terson*, le traitement par le permanganate de potasse a trouvé son plus ardent défenseur en *Kalt*, qui a contribué beaucoup à sa vulgarisation, grâce à la simplicité de l'instrumentation qu'il a adoptée.

C'est ce traitement qui a été mis en vigueur à la clinique Baudelocque : c'est celui que préconise le Dr *Reymond* dans son excellente thèse. L'instrumentation comprend un entonnoir laveur en verre ou en ébonite, en communication avec un bock contenant une solution de permanganate de potasse ou de chaux à 1 p. 5000. La pression ne devra pas être supérieure à 25 centimètres. Après avoir amorcé le tube, on introduit son extrémité libre entre les paupières de

(1) Traitement prophylactique et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (méthode employée à la Clinique Baudelocque. (*Thèse de Paris.* G. Carré, édit.)

l'enfant ; les contractions des paupières suffisent à le fixer en place. La quantité de liquide injecté sera de deux litres pour chaque œil. A la clinique Baudelocque, ce lavage est renouvelé deux fois par jour, par les sages-femmes. De plus, toutes les deux heures les nourrices chargées des enfants leur lavent les yeux avec la solution de permanganante de potasse ou avec de l'eau phéniquée à 1 p. 300. M. Reymond s'applaudit, avec son maître M. Pinard, des résultats obtenus avec cette méthode de traitement.

Dans ces derniers temps, on a préconisé l'usage de l'argentamine et surtout du protéinate d'argent ou protargol (*Darier*). — C'est là un médicament encore à l'essai. On lui attribue l'avantage de ne pas être douloureux. On l'applique deux fois par jour, en solution à 20 p. 100.

On avait autrefois préconisé l'eau de Saturne : nous n'en parlerons que pour en déconseiller l'usage, car il expose les enfants à des tatouages indélébiles.

Pour ce qui nous concerne personnellement, nous préférons nous en tenir au traitement classique : en d'autres termes, nous nous attachons à prévenir la contagion des yeux du nouveau-né, par des injections vaginales et, sur ce point, les résultats obtenus par M. Pinard et relatés par M. *Reymond* sont on ne peut plus satisfaisants. Après la naissance, nous employons volontiers la méthode de *Crédé*. — Il est facile d'instiller 2 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 40, et de neutraliser l'excès avec de l'eau salée, pour éviter son action sur la cornée. Nous considérons cette méthode comme donnant les meilleures garanties de succès, et nous croyons, d'autre part, que l'emploi du jus de citron ne donne qu'une sécurité trompeuse.

***

Lorsque l'ophtalmie se sera déclarée, il faudra encore avoir recours à la nitratation. On se servira, suivant les cas, soit d'une solution de nitrate à 2 p. 100, soit d'une solution dont les formules sont proportionnelles à la gravité du cas :

Eau distillée..........	10 grammes.
Nitrate d'argent.......	0,20 centigr.
ou..	0,25
Eau distillée..........	10 grammes.
Nitrate d'argent.......	0,40 centigr.
et pour la neutralisation.	
Eau distillée..........	10 grammes.
Chlorure de sodium...	3 grammes.

en badigeonnages ou en instillations.

Après avoir retourné les paupières, on les badigeonnera avec un pinceau trempé dans la solution, et on en neutralisera immédiatement l'excès, avec un autre pinceau que l'on aura au préalable trempé dans l'eau salée.

Le retournement des paupières est une manœuvre qui exige une certaine habitude. Cependant, elle est abordable au premier médecin venu qui s'y est exercé au préalable sur des individus sains. On peut l'exécuter soit d'une seule main, soit en s'aidant des deux mains. Dans la seconde manière, on saisit de la main gauche les cils de la paupière supérieure à leur racine ; de la main droite, on applique un doigt à un centimètre environ au-dessus du bord libre du cartilage tarse. Il est facile alors d'exercer de la main gauche un mouvement de bascule qui retourne la paupière. Quelques commençants préfèrent se servir, au lieu d'un doigt de la main droite, d'un cylindre plus ou moins rigide, d'un porte-plume par exemple. Le retournement de la paupière inférieure est des plus faciles : il suffit d'appliquer le pouce sur la peau de la paupière et de la faire glisser en quelque sorte en bas. Dans certains cas, cependant, les paupières se retournent plus qu'on ne voudrait : à la suite de la moindre traction exercée sur la paupière supérieure, elle s'ectropionne, la face conjonctivale se renverse et on peut éprouver une certaine difficulté à la réduire.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un degré assez considérable de chémosis, c'est-à-dire lorsque les conjonctives sont fortement infiltrées, on fera bien de les scarifier ; on se sert, pour cela, d'un instrument spécial, le scarificateur. C'est un petit couteau réniforme, fixé sur un manche et dont le tranchant est situé sur la partie convexe. Avec cet instrument on pratique quelques incisions linéaires sur la conjonctive qui se dégorge immédiatement. Dans le cours de la journée on appliquera des compresses froides d'eau boriquée, qu'on renouvellera fréquemment.

Les yeux seront lavés toutes les deux heures avec une solution de permanganate de potasse ou de chaux à 1 p. 5.000. On pourra se servir soit de tampons qu'on exprimera sur l'œil, les paupières étant maintenues largement ouvertes, et qu'on débarrassera soigneusement des sécrétions, qui se seront accumulées sur leur pourtour, soit de l'entonnoir laveur de *Kalt*, qui est d'une réelle utilité en la circonstance.

***

Il est une recommandation d'une grande importance en l'espèce, c'est de ne jamais bander les yeux chez les enfants atteints d'une ophtalmie purulente : en appliquant un pansement occlusif, on provoquerait la stagnation du pus et on faciliterait son action destructive sur la cornée. Car c'est de la cornée qu'il faut se préoccuper dans l'ophtalmie des nouveau-nés. Les complications qu'on peut observer du côté de cette membrane consistent dans des infiltrations qui peuvent aller jusqu'à l'ulcération et devenir le point de départ de taies, (depuis le néphéliome jusqu'au leucome simple et aux leucomes adhérents), de staphylomes, de cataracte, rarement de parophtalmies. En présence de ces complications, de nouvelles indications sont à remplir.

Si l'infiltration de la cornée n'est pas trop considérable, le traitement indiqué plus haut pourra suffire : il faut savoir que les lavages peuvent entraîner une infiltration de la cornée, qui est susceptible de disparaître rapidement et dont il ne faut pas trop s'effrayer.

S'il y a lieu de craindre la perforation de la cornée on pratiquera la paracentèse de la chambre antérieure. Cette opération consiste à sectionner la cornée à sa périphérie, en un point quelconque de sa surface, à l'aide d'une pique, ou couteau lancéolaire, ainsi dénommé à cause de sa forme, et tranchant sur ses bords. Cette petite intervention, en évacuant la chambre antérieure, diminuera la pression que l'humeur aqueuse exerçait sur la cornée et qui aurait pu la faire éclater, grâce à son amincissement.

Lorsqu'il se sera produit une perforation de la cornée, on aura recours aux myotiques ou aux mydriatiques suivant le cas : si la perforation

est située dans les milieux de la cornée, on aura recours à l'instillation de deux ou trois gouttes d'une solution d'atropine à 1 p. 100, quatre fois par jour. En dilatant l'iris, on éloignera sa petite circonférence des bords de l'ulcère et on empêchera la formation d'adhérences. Si la perforation de la cornée est périphérique, on aura recours à l'ésérine ou à la pilocarpine. L'ésérine s'emploie en solution à 2 p. 100 ; la pilocarpine en solution à 1 p. 100. Ces deux substances sont myotiques, c'est-à-dire qu'elles resserrent la pupille, distendent l'iris, l'attirent, pour ainsi dire, vers l'axe de l'œil et l'empêchent de s'appliquer contre la cornée.

Lorsque l'ophtalmie aura laissé à sa suite des taches ou taies de la cornée, on essayera de les éclaircir. On peut obtenir ce résultat au moyen de pulvérisations d'eau chaude, qui nécessitent un appareil spécial : on leur préférera donc d'autres moyens. On pourra se servir du calomel porphyrisé, avec un pinceau chargé d'un peu de poudre, on en projette sur la cornée. Un léger massage de la paupière supérieure répandra le médicament sur toute la surface de la membrane. On prolonge le massage pendant une minute, une fois par jour. On alternera ces applications de calomel avec des applications de la pommade jaune. On la prescrit ainsi :

Oxyde jaune d'hydrargyre.	0 gr. 10
Vaseline..................	10 gr.
Us. ext.	

On introduit entre les paupières une petite quantité de cette pommade, c'est-à-dire « gros comme un grain d'orge », ainsi qu'on a l'habitude de dire. Le traitement des taies devra être prolongé, il faut savoir que leur éclaircissement est très lent à se faire, mais qu'il pourra être complet, s'il s'agit de taies légères.

***

Nous avons insisté sur le traitement des complications de l'ophtalmie des nouveau-nés ; c'est la partie la plus intéressante du traitement, celle qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit. C'est en raison des complications qu'elle entraîne que cette affection diffère de la simple conjonctivite catarrhale. Nous croyons qu'on a tort de dire que c'est une maladie facilement guérissable, qu'elle peut être traitée par des sages-femmes ou des nourrices.

S'il est une maladie du domaine du spécialiste, c'est bien celle-là : elle nécessite une expérience que seule peut donner l'habitude de traiter les maladies de l'œil. Ses complications peuvent nécessiter des interventions immédiates qu'un spécialiste seul peut saisir et que seul il oserait entreprendre : une simple ponction de la cornée, faite à temps, peut, nous l'avons vu, sauver un œil qui, sans cela, serait perdu irrémédiablement. Dans les cliniques d'accouchement de la capitale, dirigées par des hommes qui se préoccupent de la conservation des yeux de leurs nouveau-nés, et où ceux-ci sont l'objet d'une surveillance incessante et intelligente, le traitement que préconise M. *Reymond* pourra donner des résultats très satisfaisants, mais nous croyons qu'il serait imprudent de proclamer trop haut la facilité de la guérison de l'ophtalmie des nouveau-nés, sous peine de voir de temps en temps quelques médecins « apprendre l'art de cueillir les cristallins », suivant l'expression que *Reymond*, dans sa thèse, en somme si intéressante, nous dit appartenir au professeur *Lorain*.

Qu'on ne l'oublie pas, l'ophtalmie des nouveau-nés est un fléau. En Belgique on a édicté des lois pour enrayer ses ravages. En France, cette affection est sur la liste des maladies contagieuses. Malgré cela, les sages-femmes, oublieuses ou ignorantes de leurs devoirs, ont des tendances à ne la considérer que comme peu dangereuse, et par-dessus le marché, donnent à la mère des conseils nuisibles. Ni l'enseignement qu'elles reçoivent, ni l'expérience n'ont pu encore déraciner cette vieille routine. Il faudrait une sanction, même pénale, pour les contraindre à ne plus se charger du traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

D[r] Kœnig.

(*In Rev. internat. de thérapeutique.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Consultations gratuites dans les hôpitaux.

Paris, le 11 juillet 1898.

Dans son numéro du 21 juin, la *Gazette des hôpitaux* dénonçait avec raison les abus commis à l'hôpital Dubois par suite de l'admission de malades aisés, souvent même riches, qui s'y font traiter sans pudeur et avec une désinvolture qui frise l'absence de tout sens moral.

On pourrait facilement accumuler les faits, écrire des pages sur ce projet ; la conclusion est une et simple : l'Assistance publique est indignement exploitée par nombre de malades, étrangers ou non à la ville de Paris, qui grèvent son budget et accroissent ses charges déjà très lourdes, car il faut bien qu'on le reconnaisse, avec les exigences actuelles de la chirurgie, payant ou non le malade *coûte toujours à l'hôpital*.

L'Assistance publique exploitée ! c'est-à-dire les pauvres d'une part, les médecins qui les soignent d'autre part, et enfin tout le corps des praticiens de la ville dont la situation devient, par ces abus, de plus en plus difficile.

En fait les intérêts de tous sont lésés : ceux des chirurgiens par l'admission des malades qui ont une opération à subir ; ceux des médecins par le simple traitement à l'hôpital. Vouloir réprimer de tels abus, ce serait quelque peu (n'aurait-on pas d'ailleurs raison ?) plaider *pro domo nostra*. Mais il n'en est plus de même, et là je me trouve très à l'aise quand il s'agit de prendre les intérêts de l'Assistance et des praticiens, de ceux que l'on est convenu d'appeler les médecins de quartier.

Posons d'abord en principe que le droit de l'indigent, du nécessiteux, ou même, pour être large, du malade peu aisé, que le droit à la gratuité des soins est absolu et en aucun cas nous ne pourrions admettre qu'il en fût autrement : élus du concours, praticiens en vue ou médecins plus modestes, tous, je pense, nous nous sacrifions maintes fois à des idées d'humanité qui font partie intégrante de notre valeur professionnelle.

Mais en doit-il être de même quand, poussé par une avarice à peine dissimulée, le malade vient prendre notre temps, épuiser les ressources des pauvres, charger le budget de l'Assistance et du même coup priver le médecin habituel des avantages que peut lui procurer l'exercice de sa profession ? La réponse ne saurait être douteuse.

Malheureusement il n'est pas plus douteux que les consultations bien dirigées et régulièrement organisées des hôpitaux deviennent de plus en plus le rendez-vous de malades aisés que l'on s'indigne de trouver en pareil lieu. Interrogés, les uns répon-

dent avec hauteur, ne comprenant pas que leur conduite soit blâmable ; d'autres avouent naïvement qu'ils pourraient prendre les conseils d'un médecin de la ville, rémunérer ses soins, mais qu'ayant la possibilité d'avoir les avis d'un « Maître », et cela gratuitement, ils n'hésitent pas à déchoir de leur dignité et à se présenter au milieu des indigents.

Sans doute beaucoup de ces malades ne pourraient « honorer » le consultant, mais beaucoup pourraient recourir aux soins de praticiens instruits, car très souvent le cas, qui ne nécessite pas l'hospitalisation, est léger et ne sort pas de la compétence de nos confrères.

On peut affirmer que dans les hôpitaux de certains quartiers le nombre de ceux qui viennent ainsi dérober une consultation s'élève au cinquième du nombre total des consultants. Et encore faut-il compter avec la catégorie des malades qui ne reculent pas devant un voyage onéreux, un séjour à Paris dispendieux et qui venus de province, de Philippeville et de plus loin encore (j'en ai des exemples), viennent honteusement mendier une consultation à l'hôpital. Combien encore, traités au dehors, viennent faire contrôler les soins qu'ils reçoivent de leur médecin !

D'ailleurs pourquoi insister ? Tous nous savons ce qui se passe, et si nous n'en souffrons pas, plus favorisés par notre situation, nous devons prendre en main les intérêts de la profession pour lui conserver le rang et la considération auxquels elle a droit.

Quant au remède, il est simple : impossibilité pour les malades aisés de se présenter à l'hôpital, en n'admettant qu'une exception : celle où le médecin de la ville envoie lui-même le malade. Mais ici nos confrères de la ville et plusieurs (voir Soc. méd. du IX° arrondissement) le reconnaissent, portent souvent préjudice à leurs intérêts. Trop souvent ils adressent à l'hôpital un malade fortuné pour obtenir un conseil, se débarrasser de ses obsédantes questions, ou s'éviter de pratiquer une opération même minime. C'est là une faute, car le malade a été conduit par son médecin sur le chemin de l'hôpital ; il le reprend spontanément le lendemain, il ne devient plus possible au chirurgien de le renvoyer, et à la prochaine maladie, par une douce et prévoyante habitude, le malade se présente à nouveau à la consultation gratuite, sans même prendre l'autorisation ou les conseils de l'imprudent confrère qui l'y a adressé une première fois.

Une entente serait nécessaire : loin de nous l'idée de jamais refuser des soins gratuits à un malade même aisé, si nos confrères nous en prient ; mais alors qu'une lettre d'introduction, un passe-port lui ouvre les portes de l'hôpital et que, le gros danger passé, le malade soit renvoyé à son médecin pour le traitement consécutif. Voilà ce qui serait juste, loyal et humain : tout notre temps, notre expérience réservés aux cas graves et aux indigents.

En dehors de ces cas, le chirurgien ou l'assistant de consultation doit-il refuser son concours aux malades fortunés ? Le point est délicat, car nous ne sommes pas armés contre le conflit que pourraient susciter les exigences cyniques du malade, fort de son droit quelque abusif et immoral qu'il puisse être.

En fait, c'est à l'Assistance de défendre son bien, et la science de ses chirurgiens ou médecins en fait partie : et puisqu'elle sait faire une enquête pour accorder ou *refuser* un bon de bains ou de médicaments au malade qui a *obtenu* une consultation gratuite, elle doit pouvoir s'assurer que, pour obtenir ce bon, le malade était en droit de le solliciter, c'est-à-dire de demander une consultation gratuite.

Qu'on exige un permis de consulter, une quittance de loyer, ceci est affaire purement administrative : ce que nous devons demander, c'est de pouvoir refuser nos soins quand il y a abus flagrant, mieux même, de n'avoir pas à les refuser, le malade fortuné n'ayant pu franchir la porte de l'hôpital.

Ce serait l'équité, la justice et mieux la morale : sommes-nous près du but ? Le vœu récent du Conseil supérieur de l'Assistance publique le large esprit du nouveau directeur de l'Assistance publique pourraient le faire supposer.

D'ailleurs, pourquoi ne pas obtenir ce que la moindre ville de province, ce que l'étranger regardent comme une règle formelle ? Bien plus, dans nombre de pays étrangers, une large pancarte est affichée dans la salle de consultation :

La consultation est gratuite pour les indigents de la ville.

et les autres malades « honorent le chirurgien » suivant leurs ressources.

Nous ne demandons pas cela : ce qui est bon en province ne l'est pas à Paris où les indigents sont assez nombreux pour encombrer les services, et tout soin d'assistance rémunéré est un vol fait aux pauvres ; aucun malade ne doit payer à la consultation, sous peine de compromettre gravement les intérêts des médecins au profit de quelques-uns.

Mais en attendant mieux, en attendant que l'Administration prenne sur elle de distinguer les malades qui ont droit ou non à ses soins, espérant qu'il existe encore un peu de sens moral, même chez les gens qui souffrent, nous pourrions demander une réforme qui serait peut-être insuffisante, mais aurait le grand avantage de pouvoir être appliquée dès demain : l'affichage de l'avis précité.

Et pour bien montrer que nous voulons être larges dans son application, que nos sentiments d'humanité ne sont pas au-dessous de la haute moralité qui honore le corps médical, nous proposons l'apposition dans les salles de consultation de l'avis suivant :

La consultation est réservée aux malades nécessiteux,

dont les termes atténués ne pourraient blesser personne.

Il affirmera suffisamment à la fois le droit du corps médical et notre désintéressement.

En autorisant cette réforme, M. le directeur de l'Assistance publique justifierait la confiance que le corps médical lui a déjà spontanément accordée.

P. Thiéry,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Les déboires professionnels.

Ceux du début, chacun les connaît, et cependant quel souvenir léger ils laissent dans votre âme ! On était de force, à cette heure première, à en supporter bien d'autres, et ce n'est pas pour si peu que l'horizon se fût obscurci. La foi dans le rayon, chacun la nourrissait avec ferveur, et le désespoir était un de ces rôdeurs de mauvaise figure à qui nul n'offre asile. Dans l'éblouissement et la féerie de la vingt-cinquième année, quel coin d'ombre eût résisté, quelle tache noire n'eût pas été engloutie sous les torrents de lumière qui s'échappaient de votre âme ! Et voyez la contradiction singulière.

A mesure que vous avanciez dans la vie, le ciel, sans doute, se montrait plus clément ; les temps durs ne s'étaient plus renouvelés, votre carrière s'était faite : mais pourquoi ce pli d'amerture qui s'imprimait sur votre lèvre ? C'est que si le soleil extérieur avait définitivement percé la brume, il n'en était pas de même du soleil que vous portiez au-dedans de vous, et celui-là pâlissait, et sur toute chose allongeait graduellement les ombres.

La nature humaine que vous n'aviez pas pénétrée la veille s'était ouverte devant vous : vous y aviez mis à jour les fonds de malice et d'ingratitude qu'elle recèle ; vous y aviez plongé la sonde. Vos semblables vous sont apparus, non tels que se les figurait votre générosité juvénile, mais tels qu'ils se montrent quand le voile d'illusion se déchire qui en dérobait les mobiles et les ressorts cachés. Les gens en qui vous aviez confiance, soit lassitude envers votre personne, soit intérêt de leur

part, vous ont trahi. Si vos clients fidèles ne vous ont pas tous quitté, s'il vous reste un noyau qui ne se désaffectionne pas et l'habitude étant prise, continue de vous mander comme médecin, il n'en est pas de même du grand courant de la clientèle. Celui-ci est essentiellement mobile et dévie à tout instant ses eaux. La vogue ira à un confrère voisin et nouvellement installé comme hier elle était allée à vous.

Pour un carré qui se serre autour de votre nom et ne cède pas aux poussées de la nouveauté et aux revirements d'opinion, que de défections dans les rangs, que de troupes qui n'avaient eu qu'à se louer de votre commandement, que vous aviez triomphalement conduit à l'assaut du mal, et qui, maintenant, sans motif, sans autre raison que le piquant du changement de front, ont passé à l'ennemi et combattent pour vos confrères contre vous. Quelle candeur de s'imaginer qu'un client vous reviendra parce que vous l'avez guéri !

Bien souvent, c'est le contraire qui se produira. Plus un homme aura eu à se louer de vos services, plus même, dans son premier mouvement de reconnaissance et de flamme, il aura arboré haut votre drapeau, plus, un beau jour, au bout de trois à quatre ans environ, il aura hâte de se retourner, de se décharger de son fardeau d'enthousiasme, de tourner tout à coup au dénigrement et à l'aversion. Les malades auxquels vous avez fait le plus pompeusement vos éloges, sont ceux qui, plus tard dans le peuple, deviendront aussi vos ennemis les plus irréconciliables.

L'espèce humaine est ainsi faite ; dès que la juste mesure est dépassée, que la modération du jugement n'intervient pas comme centre d'arrêt et de fixation des idées, toute opinion devient sujette à des fluctuations incessantes : un jour pour, le lendemain contre et d'autant plus prompte à verser dans l'une ou l'autre de ces alternatives que vous aurez apporté plus de feu à soutenir tout d'abord celle qui lui était contraire.

De tous les déboires professionnels, c'est là un des plus pénibles : se heurter à des visages hostiles où l'on s'était cru en droit de rencontrer des sympathies. Mais, pour déprimante que soit la constatation, elle rentre trop dans le lot des vicissitudes journalières pour soulever le moindre étonnement. Trouve-t-on extraordinaire que l'homme n'ait que deux bras ? Pourquoi donc s'exclamer sur sa versatilité et appeler les foudres du ciel sur sa pente innée d'ingratitude ?

La seule manière de résister à ces mortifications et ces blessures de clientèle est encore de les prévoir.

Dites-vous qu'il viendra le jour où vous serez entamé, où votre victoire actuelle sera suivie d'un recul. Recul qui ne sera sans doute jamais une déroute si vous ne prêtez prise et qui vous laissera toujours en possession du terrain, mais d'un terrain réduit où le silence se sera fait, où les ennemis n'attaqueront plus avec la rage au cœur, mais où vos soldats eux-mêmes apporteront peu d'entrain et bien de la mollesse dans la défense.

C'est l'heure où la clientèle est tassée, où votre place est consentie. Ne regrettez pas le bruit de la veille ; vous aviez vous-même perdu combien de temps et d'heures vaines dans la lutte ; aujourd'hui que le calme est descendu et que l'orage a cessé de gronder, profitez de la sérénité de l'air pour consacrer à votre développement intérieur, les jours de lumière douce et de paix. Lisez, méditez, observez.

La plus grande joie de l'homme est d'exercer son esprit. S'il survient encore quelques petites traverses dans votre carrière, ne les regrettez pas. Chacune d'elles affinant votre sensibilité, aura pour résultat de vous rendre plus perspicace et plus largement ouvert à toutes les impressions du dehors. Et puis n'oubliez pas que la souffrance donne la trempe aux caractères. Il ne tient qu'à vous de tirer occasion de vos déboires pour monter haut par le cœur et la pensée. — CH. FIESSINGER.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle médicale du territoire de Belfort.

14 *Novembre* 1897.

Présents : MM. Fischer, *Président*, Berceot, Bubendorf, Duvernoy, Ihler, Levis, Nidergang, Tauflieb, Em. Lorber et Bardy, secrétaire.

Excusés et représentés : MM. Pourcelot, Gromier, Poirrier, A. Lorber, Iulg, Lamy et Clément.

M. le Dr Levis (de Belfort) est admis à l'unanimité comme membre de l'Association.

MM. Berceot (Belfort) et Ihler (Delle) sont nommés assesseurs pour l'année 1898.

L'assemblée décide de participer en 1898 à l'Union des Syndicats et vote la cotisation de 2 fr. par membre.

Patente.

Sur la proposition de M. Tauflieb, l'assemblée renouvelle le vœu : que la patente de médecin ne porte pas sur l'ensemble de la valeur du loyer, mais seulement sur la partie de l'appartement réservée à l'usage professionnel.

Ordre des médecins.

Après discussion, l'Assemblée vote le principe de l'institution d'un ordre des médecins.

Affaire Laporte.

L'assemblée charge le secrétaire de transmettre à l'Union des syndicats la protestation suivante :

L'Association professionnelle médicale du territoire de Belfort, considérant que depuis la condamnation imméritée du Dr Laporte, toute intervention urgente auprès d'un malade deviendra impossible, proteste contre la jurisprudence adoptée par les juges de la police correctionnelle et envoie au docteur Laporte l'expression de sa plus vive sympathie.

Elle adresse à l'Union ses plus chaleureuses félicitations pour l'initiative et l'énergie dont elle a fait preuve en cette circonstance.

Chaque membre souscrit alors personnellement une somme de 2 fr. qui seront envoyés à l'Union pour créer une caisse de défense professionnelle et venir en aide au Dr Laporte dans la mesure nécessaire.

Le Secrétaire,
Dr BARDY.

REPORTAGE MÉDICAL

L'érection à Hodenc-en-Bray d'un buste à Gui Patin, aura lieu sur la place communale, le *Dimanche 21 août prochain*, à une heure demie de l'après-midi, sous la présidence d'un délégué du gouvernement.

Nous félicitons notre confrère, le Dr Coquerelle, de Beauvais, du succès qui a couronné son initiative et sa persévérance.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 35 27 AOUT 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le tarif général et le Code pratique des honoraires médicaux.

M. le Dr *Floquet*, licencié en droit, médecin du Palais de Justice, a publié, dernièrement, un intéressant volume de Jurisprudence médicale, sous le titre de *Code pratique des honoraires médicaux*. Nous avons signalé, avec toute la presse médicale, l'utilité de cette étude, œuvre d'un homme particulièrement compétent, et que le Doyen de la Faculté de Paris avait tenu à honorer d'une préface. Nous avons joint nos félicitations à celles de nos confrères.

Mais, plusieurs médecins et certains Syndicats, qui s'étaient empressés d'adopter le *Tarif Jeanne*, devenu à l'Assemblée générale de 1897 le *Tarif du Concours médical*, nous ont demandé de dire si la nouvelle publication ne tendait pas à amoindrir la portée de la première ; si, en particulier, le titre de *Code pratique* ne lui assurerait pas, devant la magistrature, une prééminence capable d'effacer le caractère d'utilité et de poids du travail de M. le Dr Jeanne.

Il importe donc de calmer toute émotion à cet égard, en faisant bien ressortir les différences qui existent entre les deux études.

Remarquons, tout d'abord, que M. le Dr Floquet paraît s'être surtout préoccupé, en écrivant ce volume, de mettre scrupuleusement à jour les données qu'il nous fournissait, naguère, dans le livre qu'il publia en collaboration avec M. *Léchopié*. En une dizaine de chapitres fort intéressants, il complète tout ce qui a trait à l'historique, à la légitimité des honoraires, aux conventions et stipulations en cette matière, à la responsabilité au sujet de leur payement, à la rémunération des services du médecin, dans les rapports avec la justice, aux prescriptions à observer dans la tenue de la comptabilité médicale, dans le recouvrement des honoraires, à l'étude du privilège qui couvre nos soins, etc., etc.... Le *Code Floquet* est, sous ce rapport, une œuvre personnelle, dont la valeur et l'utilité n'échapperont à personne. Le *Concours médical* s'applaudit d'avoir été souvent mis à contribution par l'auteur, dans la rédaction de tous ces chapitres de jurisprudence : et nous espérons que le *Sou médical* donnera bientôt à M. le Dr Floquet les documents nécessaires au perfectionnement des éditions futures de son ouvrage.

Mais l'inquiétude de nos confrères est née de ce que, dans les chapitres III et suivants, le très distingué juriste-médecin a fait *l'exposé* de nombreux essais de tarification, tentés, ici ou là, par des groupes médicaux, ou introduits par la tradition, soit vis à vis des particuliers, soit à l'égard des collectivités. Et l'on s'est pris à redouter que les magistrats, trouvant tous ces chiffres disparates publiés sous le titre de *Code*, ne leur attribuent au moins la valeur d'usages locaux, et ne prolongent, par des sentences ainsi justifiées, la fantaisie qui préside à la rémunération de nos services.

Ce danger serait réel si M. Floquet n'avait pris la précaution de nous avertir qu'il tient surtout à nous renseigner. Il faut bien, du reste, que telle ait été sa pensée, puisque, mis en possession du *Tarif du Concours* par notre Directeur, dix mois avant la publication de son travail, il n'y fait pas même allusion.

Si, d'ailleurs, de ces quelques chapitres purement documentaires, nous rapprochons l'étude du Dr Jeanne, nous voyons de suite que la portée de celle-ci est tout autre, et que c'est bien à

elle que médecins, magistrats et experts doivent recourir dans les questions d'*appréciation* des honoraires médicaux.

Elle commence en effet où finit la précédente.

L'auteur fait comparaître devant le tribunal le médecin qui vient de rendre un service professionnel ; il détermine l'importance de celui-ci en adoptant la doctrine constante des juges, et, après examen des documents analogues à ceux que publie M. le Dr Floquet, il fixe en chiffres rationnellement choisis le prix qu'il convient d'attacher à ce service. C'est la tâche même de l'expert qui se trouve ainsi accomplie, c'est-à-dire une véritable *codification* où le juge rencontre les bases d'une sentence logique et équitable, tandis qu'il se perdrait dans le dédale de tableaux où des chiffres aussi variables qu'injustifiés jurent de se voir juxtaposés comme honoraires d'un même service.

C'est ce caractère d'utilité pratique qui fait du *Tarif Jeanne* un travail unique dans son genre, particulièrement précieux et indispensable. Aucune critique sérieuse n'est venue en atténuer la valeur depuis un an qu'il est soumis à la discussion publique. Les innombrables demandes qui nous en ont été adressées, les éloges enthousiastes, dont il a été l'objet, les adaptations régionales qui en ont été dressées par les Syndicats, prouvent surabondamment que c'était bien le *Tarif général* à établir pour les honoraires médicaux. Il est précis avec élasticité, complet quoique succinct ; il vise en même temps une amélioration équitable de nos situations et concourra dans une large mesure à la moralisation professionnelle.

Voilà pourquoi il est et restera le *Tarif du Concours médical*, en attendant qu'il devienne le Tarif du Corps médical tout entier.

Voilà pourquoi aussi le Conseil de Direction, considère que le *Code Floquet* et le *Tarif du Concours* doivent prendre place à côté l'un de l'autre dans la bibliothèque du médecin pour se compléter sur la question des honoraires.

Nous consulterons l'un pour établir notre note, nous demanderons à l'autre de nous guider dans le recouvrement.

Ils n'ont pas à se faire concurrence, mais, bien, au contraire, à se prêter un mutuel appui.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections vaginales dans les accouchements.

Faut-il donner des injections vaginales aux femmes en couches ? et si l'on en donne, quand vaut-il mieux les donner, avant ou après ? Telles sont les questions, que nous posent souvent nos confrères, indécis sur la conduite conseillée par les accoucheurs.

La réponse à la première question est la suivante : Oui, il faut donner des injections vaginales aux femmes en couches ; mais il faut les donner selon toutes les règles de l'art :

1° avec une canule bien antiseptique ; 2° avec un bock d'Esmarck ; 3° après avoir bien aseptisé ses mains ; 4° avec un liquide absolument aseptique ou antiseptique : 5° après avoir bien purgé l'air des tubes et canule ; 6° à une pression modérée, c'est-à-dire avec élévation du bock d'environ 1 m. seulement au-dessus du plan du lit.

Si une de ces précautions est négligée, l'injection est dangereuse et, par conséquent, mauvaise ; il vaut mieux alors s'en abstenir complètement et se borner à la toilette externe, vulvaire. Cela est fort important à retenir : quand la personne qui soigne la femme en couches n'est ni un médecin, ni une sage-femme bien au courant de la méthode antiseptique, il faut défendre toute injection, car le risque couru ne serait pas équivalent à l'avantage obtenu.

A la deuxième question, c'est-à-dire : quand doit-on donner les injections ? nous répondrons : avant l'accouchement, pour aseptiser le vagin et après l'accouchement pour favoriser l'expulsion des caillots ; mais, encore une fois, mieux vaut l'abstention que la pratique mal appliquée : c'est pour cela que la majorité des accoucheurs modernes repousse les injections en principe.

Une dernière question s'impose. S'il vaut mieux s'abstenir, quels avantages peut on retirer de la pratique bien faite des injections ? Le 1er est que la parturiente est plus propre et plus à l'aise, quand elle a eu une injection ; le 2e est que l'on favorise par les injections chaudes la *restitutio ad integrum* des parties génitales et que l'on évite plus sûrement les métrites et les déviations dues à la laxité des organes du petit bassin.

En revanche, les injections mal faites exposent à l'infection puerpérale, à la péritonite, à la salpingite, aux métrites parenchymateuses, aux hémorrhagies. — Il est d'usage de donner deux injections par jour pendant 3 semaines.

Instructions pour les accoucheuses, à Genève.

A Genève, il y a pour les indigents un dispensaire médical, auquel est annexé un service d'accouchements à domicile, desservi par des sages-femmes. Celles-ci sont soumises à un règlement, dont voici les dispositions principales :

Il est expressément défendu à l'accoucheuse d'administrer de l'ergot de seigle avant la terminaison complète de l'accouchement y compris l'expulsion de l'arrière-faix ; de rompre la poche des eaux avant la dilatation absolument complète de l'orifice utérin.

Il est recommandé en outre aux sages-femmes de ne pas faire d'injections dans le vagin sans prescription du médecin.

La sage-femme est tenue de faire appeler immédiatement le médecin dans les cas suivants :

A. — Pendant l'accouchement. — a) Dans tous les cas où elle ne se rendrait pas exactement compte de la présentation et est indécise sur la conduite à tenir.

b) Lorsque la présentation est anormale (présentation de la face, du siège ou présentation transversale) ou que dans le cours du travail la sage-femme ne peut atteindre une partie fœtale.

c) Dans les cas de procidence du cordon ou d'un membre, ainsi que dans ceux de grossesse gémellaire.

d) Lorsque la sage-femme aura constaté un rétrécissement du bassin.

e) Lorsqu'il survient des hémorrhagies pendant le travail.

f) Lorsque les bruits du cœur de l'enfant viennent à se ralentir d'une manière notable. (La fréquence normale est de 120 à 140 pulsations

par minute. Au-dessous de 100 pulsations l'enfant est en danger.)

B.— *Après l'accouchement.* — *g*) Si, à l'inspection de l'arrière-faix, la sage-femme trouve qu'il y manque des morceaux ou les deux tiers des membranes de l'œuf.

h) Si le périnée a été déchiré pendant l'accouchement. (Dans ces deux derniers cas, si l'accouchement a eu lieu dans la nuit, la sage-femme pourra attendre, s'il n'y a pas urgence, au lendemain matin pour faire appeler le médecin.)

i) Lorsqu'une heure après la naissance de l'enfant, la délivrance ne s'est pas effectuée.

j) Lorsqu'après l'accouchement, que la délivrance soit effectuée ou non, il survient une hémorrhagie, qui ne puisse être arrêtée par le simple massage de la matrice.

k) Lorsque les lochies prennent de l'odeur.

l) Lorsque l'accouchée a plus de 38° sous l'aisselle pendant 24 heures.

m) Dans les cas d'hémorrhagie grave survenant pendant les couches.

Combien nous souhaiterions qu'un semblable règlement fût imposé aux sages-femmes des bureaux de bienfaisance et de la clientèle privée en France, et à Paris en particulier ! Et surtout combien la loi devrait être plus rigoureuse à l'égard de celles, qui font encore tant de mal par leur imprudence, leur négligence et leur ridicule vanité !

Traitement de l'épididymite blennorragique par le gaïacol

A la clinique du professeur Janowski de (Prague), on a traité cinquante cas d'épididymite gonococcique par des applications d'onguent gaïacolé sur le scrotum (*Wiener klin. Rundschau*). Le malade est mis au lit, et les bourses sont nettoyées au savon pour rendre la peau plus perméable. Puis, on applique la pommade suivante étendue sur une pièce de gaz :

Vaseline jaune...........	10 grammes.
Gaïacol pur.............	1 —

F. S. A. Pommade.

et on couvre le tout d'une couche d'ouate. En cas de funiculite, on prolonge le pansement le long du cordon. On relève les bourses par une serviette ou par une attelle. Après le premier pansement, le malade éprouve au bout d'un quart d'heure environ une sensation de brûlure très supportable d'ailleurs. Bientôt toute douleur disparaît, et la nuit venue, le malade dort sans narcotique. (*Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*)

Immédiatement après l'application du gaïacol, la température s'abaisse de 5 à 8 dixièmes de degré, mais jamais Janowski n'a vu survenir ni complication générale, ni locale.

Le pansement est renouvelé matin et soir sans que la sensation de cuisson de la première application se reproduise. Après sept ou huit pansements, tous les malades étaient suffisamment améliorés pour pouvoir quitter l'hôpital, et pour attendre la guérison définitive avec la pommade suivante :

Extrait de belladone...	50 centigrammes.
Litharge..............	1 gramme,
Huile d'olive...........	10 grammes.
Onguent simple.........	20 —

Mêlez. Usage externe.

La résorcine contre les végétations génitales.

La résorcine est, d'après M. le Dr *Silbermintz* (de Poltava), le meilleur agent chimique à employer contre les végétations papillomateuses de l'anus, du pénis et de la vulve.

Contre les végétations isolées et pédiculées, entourées de peau normale, on étale sur chaque papillome de la résorcine pure au moyen d'un pinceau humecté d'eau et on recouvre d'une petite compresse de tarlatane. On répète ces applications chaque jour, jusqu'à ce que la végétation se dessèche et tombe. Dans les cas de végétations multiples étendues et sessiles, siégeant sur le prépuce, le gland, le sillon balano-préputial, dans le pli inguinal, au pourtour de l'anus ou à la vulve, on devra badigeonner les parties atteintes avec le collodion suivant :

Collodion riciné.........	80 grammes.
Résorcine pure..........	20 grammes.

Mêlez. Usage externe.

Avant d'appliquer ce mélange, on lave les végétations avec la liqueur d'Hoffmann pour en enlever d'humidité qui empêche le collodion d'adhérer. On badigeonne non seulement les papillomes eux-mêmes, mais aussi les tissus sains environnants sur une étendue d'un demi-centimètre.

Dès le premier badigeonnage, les végétations se ratatinent, prennent une coloration grisâtre et leur couche superficielle se détache en même temps que la pellicule de collodion. Deux ou trois applications de collodion résorciné suffisent pour faire tomber les excroissances ; on se trouve alors en présence d'une excoriation criblée de petites empreintes laissées par les racines des papillomes, laquelle se cicatrise rapidement sous l'influence des poudres légèrement astringentes.

Contre les végétations localisées à des régions où la peau est plus sèche, comme le scrotum et la surface externe des grandes lèvres, et qui sont elles-mêmes calleuses, M. Silbermintz se sert d'un collodion contenant 50 p. 100 de résorcine.

Enfin, quand il a affaire à des végétations au début de leur développement et encore à peine apparentes, notre confrère fait appliquer des compresses imbibées d'une solution de résorcine à 2 p. 100, ce qui a pour effet de supprimer en deux ou trois jours toutes les excroissances et inégalités cutanées.

Dans tous les cas, outre les applications de résorcine, on prescrira des bains locaux boriqués, et on fera isoler les surfaces atteintes au moyen de petites compresses de tarlatane. (*Semaine méd.*)

Incompatibilités des glycérophophates.

M. *Crouzel* fait remarquer dans l'*Union pharmaceutique* que le glycérophosphate de chaux est à peu près insoluble dans les vins, dans les sirops d'écorces d'oranges amères et dans d'autres véhicules.

Le plus souvent, le précipité insoluble prend naissance par suite de la dissociation du glycérophosphate de chaux ou sous l'influence d'une double décomposition, avec formation d'un sel alcalin insoluble (tartrate, malate, etc.).

On a proposé de tourner la difficulté par l'emploi de l'acide carbonique en solution ; ce moyen ne constitue qu'un artifice trompeur, car il masque simplement une double décomposition qui ne peut pas ne pas se produire.

On ne doit pas oublier que les glycérophosphates sont très instables et facilement dissociables sous les influences physiques et chimiques ; on ne devrait donc les employer qu'en nature (poudre, cachets, etc.) ou en solution dans l'eau distillée, le sirop simple ou, mieux encore, dans la glycérine, et jamais sous forme de vins, d'élixirs, de sirops composés.

Si les glycérophosphates de soude ou de potasse semblent échapper à ces incompatibilités et faire exception aux phénomènes de double décomposition et de dissociation, c'est qu'ils donnent naissance à de nouveaux sels alcalins solubles.

En résumé, M. Crouzel estime qu'un pharmacien qui ne se conformerait pas à ces recommandations, s'exposerait à obtenir des préparations, dont les effets thérapeutiques ne répondraient pas aux espérances des médecins.

Les inhalations d'oxygène dans la chlorose.

L'idée d'employer l'oxygène dans le traitement de la chlorose est déjà ancienne ; mais les résultats obtenus n'étaient pas concluants, soit que les essais n'aient pas été suffisamment prolongés, soit qu'ils n'aient pas porté sur un nombre suffisant de sujets.

Cette question méritait donc d'être reprise ; elle vient de l'être par M. Hervé, interne des hôpitaux de Bordeaux, qui a soumis systématiquement toutes les chlorotiques du service aux inhalations d'oxygène. Pour cela, il s'est servi des ballons d'oxygène ordinaires, contenant trente litres de gaz environ, communiquant par un tube en caoutchouc avec une canule en verre introduite dans une narine de la malade. On faisait respirer deux ballons par jour (soit soixante litres de gaz), à quatre reprises différentes, à peu près également espacées. La canule, introduite dans une narine, et le robinet faisant communiquer le tube avec le ballon ouvert, la malade aspirait fortement, en ayant soin de fermer l'autre narine avec un doigt. L'air contenu dans les poumons était expiré par la bouche.

La pression de l'oxygène ne devait pas être trop forte, de manière à ce que chaque séance durât à peu près vingt à vingt-cinq minutes ; cette pression était sensiblement égale à la pression de l'air extérieur.

En dehors de cette médication, les malades ne suivaient aucun traitement particulier. Après avoir été soumises aux inhalations d'oxygène pendant une durée de quinze jours à un mois ou deux au maximum, les malades ont été améliorées dans leur état général ; leur poids augmentait, indice d'une alimentation meilleure. L'appétit redevenait normal, les vomissements cessaient, les digestions étaient faciles. Les fonctions menstruelles reprenaient leur cours normal ; les céphalées disparaissaient, le caractère n'était plus maussade, grincheux ; enfin, fait d'une très grande importance, les globules rouges devenaient plus nombreux et leur richesse en hémoglobine augmentait simultanément (1).

(1) *Bulletin médical*, juillet 1898.

Ces résultats heureux obtenus dans ce mauvais milieu qu'est l'hôpital pour les chlorotiques, et avec des malades indisciplinées, n'ayant cure des prescriptions hygiéniques, font voir quel auxiliaire puissant on pourrait trouver en clientèle, dans l'emploi des inhalations d'oxygène pour le traitement de la chlorose.

OBSTETRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la dilatation artificielle du col en obstétrique,

Par le Dr Paul PETIT.

La nécessité d'obtenir, en obstétrique, une dilatation rapide du col, peut se présenter dans un grand nombre de circonstances dont voici, sauf omission, les plus communes : la *procidence du cordon*, quand celui-ci retombe à mesure qu'on le rétropulse (1) ; — le *placenta prævia* toutes les fois que le pouls se maintient d'une façon permanente au-dessus de 100 pulsations (Pinard) et que l'hémorrhagie se reproduit après la rupture des membranes, du fait de la propulsion du placenta sous l'action de la partie fœtale ; — *l'avortement* suivi d'infection ou d'hémorrhagie grave (pouls au-dessus de 100 d'une façon permanente) ; — la *mort du fœtus* avec coexistence de fièvre ou seulement de rupture prématurée des membranes ; — la *lenteur du travail* avec fœtus vivant, mais œuf ouvert depuis longtemps, température et pouls défavorables ; — un *rétrécissement du bassin* nécessitant, suivant les tendances de l'accoucheur, l'accouchement prématuré ou la symphyséotomie ; —enfin, certaines indications *relatives*, telles que vomissements incoercibles, éclampsie, souffrance du fœtus de causes diverses, etc.

On peut dire que, d'une façon générale, en obstétrique, on cherche tout ensemble à *produire* la dilatation du col, et à la *provoquer*, en mettant le travail en train.

Un certain nombre des moyens que nous avons signalés comme d'un usage courant, en gynécologie, peuvent encore ici être de mise. C'est ainsi que, pour déterminer l'accouchement prématuré, on a parfois recours à l'éponge préparée ou au tamponnement vagino-cervical à la gaze iodoformée, procédé beaucoup meilleur du reste, recommandé par Dührssen et qui incite très rapidement les contractions utérines. C'est ainsi que M. Bossi de Gênes se sert, sur la femme à terme, d'un dilatateur mécanique assez analogue comme action au dilatateur de Sims. Mais les procédés vraiment recommandables à l'heure actuelle, les seuls qui nous arrêteront, sont les suivants : 1° Dilatation par l'écarteur utérin de Tarnier. — 2° Dilatation par le ballon Champetier de Ribes. — 3° Dilatation manuelle.

Ecarteur Tarnier. — L'écarteur utérin de Tarnier se compose de trois tiges coudées à angle obtus en leur milieu et s'articulant par emboîtement réciproque au niveau du sommet moussé de ce coude. L'extrémité utérine de ces tiges se présente sous forme d'une ailette courbe suivant la longueur et la largeur. Les trois ailettes, destinées à accrocher l'orifice supérieur du col, s'écartent les unes des autres, quand on vient à rapprocher leurs manches. Le rapprochement

(1) Voir mon article du 18 juin dernier

s'obtient à l'aide d'un ou plusieurs petits anneaux en caoutchouc.

L'écarteur Tarnier n'est guère indiqué que pour activer une dilatation traînante.

Ballons incompressibles. — Le *ballon incompressible* de M. Champetier de Ribes est d'une telle utilité que, d'après M. Pinard, mieux vaudrait se passer du forceps que de cet instrument. Formé d'une poche en soie doublée de caoutchouc sur ses deux faces, ce ballon, une fois dilaté, prend la forme d'un cône allongé ; il se continue à son sommet avec un tube en caoutchouc terminé par un robinet.

Indépendamment du ballon type, de grande taille, il est nécessaire d'en avoir d'autres de dimensions inférieures, établis sur les indications de M. Pinard. Avec le grand ballon, un ballon moyen et le plus petit de la série, on est généralement suffisamment outillé. Pour un placenta retenu après avortement, le petit ballon suffit ; mais je n'ai jamais eu à y recourir, pour ma part, en pareil cas et j'ai toujours trouvé le col suffisamment dilaté pour pouvoir manœuvrer aisément avec les doigts ou la curette. Le petit ballon ou le moyen suffisent à l'accouchement prématuré. Pour l'accouchement provoqué à terme, s'il s'agit d'une primipare, on aura recours successivement au petit ballon, au moyen, puis au gros, si c'est nécessaire ; pour la multipare on emploiera successivement ces deux derniers. Pour le placenta prævia, il est très avantageux de pouvoir se contenter du ballon moyen, le gros pouvant comprimer le cordon ; on n'emploiera donc celui-ci que dans le cas d'insuffisance du premier pour l'hémostase. Pour la procidence du cordon, c'est au gros ballon qu'il faut d'emblée recourir, à moins donc que le placenta soit prævia.

Pour la mise en place, il faut deux pinces-forceps spéciales, l'une sans fenêtres pour les petits ballons, l'autre fenêtrée pour le gros. Un aide est indispensable.

Ballon et pince ayant été aseptisés par l'ébullition, les voies génitales de la femme et les mains de l'opérateur étant, aussi, convenablement désinfectées, on commence par disposer le ballon vide sous forme de calotte, puis on plie cette calotte en 4 de chaque côté d'un de ses grands diamètres. Le ballon ainsi réduit peut être facilement saisi par la pince et l'on a soin que son extrémité dépasse un peu celle des mors, pour éviter, autant que possible, la rupture des membranes, si elles sont intactes.

On introduit alors l'index et le médius gauches entre les membranes que l'on décolle et la paroi postérieure de l'utérus, jusqu'au-dessus de l'orifice interne, et l'on guide sur ces doigts le ballon qui doit pénétrer assez avant pour que son plus grand diamètre, marqué par une couture transversale, disparaisse dans la profondeur du col. *Les doigts étant maintenus en place*, on ordonne à l'aide de pousser dans le ballon une injection tiède, légèrement antiseptique, et, *en même temps*, on dégrafe la pince, sans l'abaisser. Quand on sent le ballon suffisamment gonflé, pour qu'il ne puisse plus s'échapper en s'antéversant, on enlève, séparément, chacune des branches de la pince, mais, on ne doit retirer les doigts que lorsque l'on sent le col bien appliqué sur le ballon. Pour prévenir son échappement, il faut, tout en même temps, s'aider des pinces fixatrices, des doigts intra-utérins qui doivent repousser le ballon de bas en haut, enfin accélérer l'introduction du liquide, dès que les pinces sont déclanchées. Le ballon étant suffisamment rempli, c'est-à-dire suivant sa contenance totale, 100 gr. environ, on pince le robinet du tube et l'on remet la femme en position horizontale.

Si au bout de 2, 3 heures, le travail ne se déclare pas, il faut faire descendre le ballon de façon à l'engager par un diamètre un peu plus grand. A cet effet, s'il s'agit d'un ballon moyen ou petit, quelques tractions ordinairement suffisent ; pour le gros ballon, on commence par la même manœuvre : s'il ne descend pas, on retire environ 60 c.c. de liquide, on tire ensuite sur le tube pour engager, puis on réinjecte les 60 c.c. manquant.

On agit de même chaque fois que les douleurs cessent et que l'on constate au doigt que la dilatation s'arrête.

On peut ainsi obtenir la dilatation complète du col en 5 ou 6 heures.

Dès que le ballon est dans le vagin, il faut le retirer, gonflé ou non, suivant que l'on veut ou non le faire concourir à la dilatation des parties molles, et profiter sans tarder de celle du col qui rétrocède assez vite.

Dilatation manuelle. — J'emprunterai entièrement la description de la dilatation manuelle du col à un excellent article de M. Bonnaire paru, l'année dernière, dans la *Presse médicale*. On ne saurait mieux faire, ni mieux dire :

« La femme est anesthésiée profondément et placée en position obstétricale, les cuisses fléchies au maximum. Dans la grossesse, lorsque le col est fermé à ses deux orifices, on présente la pulpe de l'index à l'orifice externe et on imprime au doigt un mouvement de vrille. Ce premier obstacle franchi, on aborde l'orifice interne et on le fait céder de la même manière. Dès qu'elle a pénétré dans l'orifice interne, l'extrémité digitale en déprime en tous sens le pourtour, par un véritable massage excentrique ; on prend soin, dès le début de la manœuvre, de pénétrer le moins possible dans la cupule du segment inférieur pour éviter le décollement d'un cotylédon, s'il y a placenta prævia.

Peu à peu, les mouvements de l'index deviennent plus aisés et, en un temps variable, suivant qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, une place suffisante est faite pour l'introduction du second doigt.

On glisse alors l'index gauche à côté du droit, en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute leur étendue. Si le col est court, et, mieux encore, s'il est en état de dilatation, la mise en place des deux index sur l'orifice interne est très facile. S'il a, au contraire, conservé toute sa largeur et si, en même temps, il est haut situé, en raison du défaut d'engagement du fœtus, une petite manœuvre complémentaire est indispensable pour amener les deux pulpes jusqu'à l'orifice interne ; on fait abaisser le globe utérin par un aide ; on introduit les deux index dans le col aussi profondément que possible ; on prend appui sur les parois cervicales en les distendant en travers et, en même temps, on les entraîne par en bas. L'une après l'autre les deux pulpes digitales glissent par une sorte de reptation, à la rencon-

tre de l'orifice interne à mesure que celui-ci est attiré vers elles, et elles finissent par prendre sur lui une assise solide.

Dès lors, ces deux doigts vont jouer le rôle d'une pince dont on écarterait les mors, et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à l'autre. La force est exclusivement déployée par les muscles fléchisseurs des doigts ; les lèvres du col. déprimées en deux points diamètralement opposés, prennent la forme d'une boutonnière.

On déplace les doigts en différentes directions, de façon à masser et à distendre les parois du col en tous sens.

La pression digitale doit être lente, soutenue et sans à-coups ; elle doit être progressive, autant que le permettent la vigueur de l'opérateur et surtout la résistance des tissus ; c'est bien plutôt par la continuité de l'effort que par son énergie qu'on arrive à faire céder le sphincter cervical ; on doit le fatiguer et non pas le violenter.

Au cas où la pulpe des doigts perçoit de petits craquements dans l'intimité des tissus, ce qui indique la rupture interstitielle de quelques fibres musculaires, il convient de modérer légèrement l'effort et de changer ses points d'application.

L'orifice s'élargissant, bientôt le médius peut prendre place à côté de l'index de la main droite ; les trois doigts, adossés deux à un continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de la main gauche puisse pénétrer à son tour. Le col est distendu dès lors par quatre doigts, deux à droite et deux à gauche : le déploiement de force devient plus considérable et en même temps moins fatigant. On continue ainsi jusqu'à ce que l'auriculaire de l'une, puis de l'autre main puisse être introduit à côté des autres doigts. A partir de ce moment, les deux mains ont une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation ; toujours adossées par les articulations métacarpo-phalangiennes, elles écartent les lèvres du col en agissant successivement dans la direction des divers diamètres du bassin. Dès que les doigts peuvent les amener simultanément en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est complète.»

Dans les trois cas de placenta prævia où M. Bonnaire a utilisé ce procédé, la durée totale de l'intervention n'a pas dépassé un quart d'heure.

THERAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Traitement du diabète gras.

C'est à Albert Robin que l'on doit de connaître l'action de l'antipyrine dans ce genre d'affection ; le premier, il institua un traitement méthodique basé sur son emploi.

Si après huit jours d'un régime et d'une hygiène strictement appliqués, le sucre n'a pas disparu chez le diabétique, on commencera le traitement médicamenteux.

L'antipyrine est le médicament essentiel de la première étape de la médication, la dose de 3 gr. doit être considérée comme un maximum qu'il ne faut jamais dépasser, et il vaut mieux, à l'ordinaire, s'en tenir à une dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour, administrée de la façon suivante :

Antipyrine............	0.75 à 1 gramme
Bicarbonate de soude	0.50 à 0.75 centig.

pour un cachet.

Enfin, l'antipyrine ne doit jamais être un médicament d'habitude, et son emploi ne sera jamais prolongé plus de cinq jours.

Les cinq jours écoulés, on fait un dosage du sucre ; si la glycosurie a diminué des 2/3, la médication agit ; il ne faut pas, selon M. Robin, chercher à accentuer la diminution du sucre en prolongeant l'emploi de l'antipyrine, mais se contenter de la maintenir ; pour arriver à ce but, on procède à la deuxième étape du traitement.

Ici, la médication est surtout tonique, le sulfate de quinine et les alcalins, et parmi eux, le bicarbonate de soude, tiennent la première place.

Chaque jour, au déjeuner de midi, M. Robin prescrit un cachet de 0 gr. 40 de sulfate de quinine durant six jours ; les quatre jours suivants, on suspend l'emploi de la quinine pour la reprendre pendant six jours.

Avant le premier déjeuner et avant le dîner, un cachet contenant :

Arséniate de soude..........	0,002 à 0,003
Carbonate de lithine..........	0,10 à 015
Codéine......................	0,02 à 0,05
Poudre thériacale...........	0,25
Extrait de quinquina sec pulvérisé.....................	0,40

Pour un cachet.

Les adjuvants de cette deuxième étape sont les mêmes que ceux de la première ; huile de foie de morue, vin de quinquina, eau minérale aux repas, alcaline faible.

Après la seconde phase du traitement, une autre analyse vous apprendra que le sucre est resté stationnaire ou a augmenté ; en général, l'abaissement obtenu par l'antipyrine s'accentue légèrement pendant les dix premiers jours, puis le sucre tend à remonter ; dans ces conditions, on entame la troisième étape, dont les agents sont : l'opium et la belladone, le bromure de potassium, les alcalins, la valériane. Pendant huit jours, administrer l'extrait thébaïque, la belladone et l'extrait de valériane selon la formule ci-dessous :

Extrait de belladone.......	0 gr. 005
— thébaïque.........	0 gr. 01
— valériane..........	0 gr. 10
Poudre de quinquina.......	Q. S.

Pour une pilule.

Donner, en moyenne, deux pilules par jour ; faire boire des eaux alcalines, cesser l'usage de l'huile de foie de morue, continuer le vin de quinquina pendant les repas.

Chez les nerveux et pour les malades présentant une intolérance particulière pour l'opium et la belladone, remplacer les pilules précédentes par 2 à 3 gr. de bromure de potassium par jour.

Si, après la troisième étape, il y a encore du sucre, on recommence la série.

Tel est le traitement préconisé par M. Robin.

M. Lemoine ne partage pas les craintes de M. Robin au sujet de l'administration de l'antipyrine ; il la donne durant quinze jours au moins, sans aucun arrêt. Par exemple, il en donne un peu chez un malade congestif ayant quelques symptômes d'intoxication, urinant peu, chez lequel l'élimination de l'urée est diminuée, et dont

l'insuffisance hépatique est notable, et lorsqu'enfin se perçoit l'odeur du diabétique, odeur fade due à l'acétone éliminée par les voies respiratoires. Chez ce malade, qui est sujet à tomber dans le coma, il donne l'antipyrine à petites doses 1 gr. 50 par jour, car une dose trop élevée aurait peut-être une action défectueuse pour le système nerveux, et il associe à l'antipyrine le benzoate de lithine :

Benzoate de lithine..... } ââ 0 gr. 50
Antipyrine.............. }

Pour un cachet.

Trois cachets par jour : un le matin, un à midi, un troisième le soir, une demi-heure avant de manger, dans un verre d'eau de Vichy.

Lorsqu'il n'y a pas d'accidents nerveux graves à craindre, il donne l'antipyrine à doses plus élevées, 2 gr. 50 divisés en trois cachets. Il fait prendre en outre des alcalins, mais il les donne deux fois par jour, à une heure assez éloignée des repas, de façon à faire prendre 2 gr. de carbonate de lithine ou de benzoate de lithine. Pendant huit jours, il maintient la dose de 2 gr. 50 à 3 gr. d'antipyrine, selon le résultat obtenu, il abaisse la dose à 1 gr. 50.

Cependant, dans les cas de diabète causés par une excitabilité nerveuse, où les nuits sont troublées et le sommeil difficile, il faut soumettre le malade à un traitement plus complexe. La médication aura toujours comme base l'antipyrine, mais la dose sera diminuée, 1 gr. le matin, 1 gr. le soir, ou bien 1 gr. 50 en 24 heures, mais en trois doses de 0 gr. 50 ; centigr. ; à l'antipyrine on associera le bromure de potassium, la lithine de préférence au bicarbonate de soude, des alcalins et de l'eau de Vichy. Le bromure sera pris seulement le soir à raison de 2 gr., une heure avant de se coucher, associé au phosphate de soude qui est un tonique du système nerveux :

Bromure de potassium........	40 gr.
Phosphate de soude...........	10 gr.
Eau..........................	300 gr.

Faire prendre une cuillerée à soupe dans un bol de lait ou une infusion quelconque sans sucre.

Au bout de quelques jours, les nuits sont calmes, le sommeil non interrompu.

Enfin, il faut soumettre les malades à une hygiène physique spéciale, leur recommander la chasse, l'escrime, les sports, sans oublier les travaux manuels ordinaires.

Le traitement de ces cas pathologiques considérés jadis comme rebelles à la médication est donc relativement simple et d'une exécution facile ; grâce à lui, on écartera de son malade une affection grave, tant par ses symptômes physiques que par ses effets moraux et on lui devra, dans la pratique courante, de réels succès.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Protection des enfants du premier âge.

S'il est une loi pavée de bonnes intentions, c'est à coup sûr la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge. D'où vient donc qu'elle n'ait pas donné tous les résultats qu'on en pouvait légitimement attendre ?

Les causes en sont multiples, et je n'ai pas l'intention de les énumérer toutes, mais il en est une sur laquelle il est impossible de ne pas insister parce qu'à mon avis elle prime toutes les autres : la situation faite au médecin.

Pour assurer l'exécution de la loi, trois organismes ont été prévus : le Maire, le Médecin inspecteur et l'Inspecteur départemental. Tous trois sont chargés de la surveillance des nourrices, mais qui oserait prétendre qu'entre eux la part est égale ? L'Inspecteur ne passe même pas une fois tous les ans chez toutes ; quant aux Maires que cette question intéresse, on peut les compter.

C'est donc en réalité sur le médecin seul que repose le fonctionnement du service de protection, c'est lui et lui seul, qui peut avoir une action sur la mortalité infantile — et c'est lui précisément qui a le moins d'autorité, c'est lui qui rencontre toutes les difficultés, et c'est un rôle qui facilite le moins.

Voyons, en effet, ce qui se passe.

S'il s'agit de la délivrance de certificats, la loi a bien dit que le certificat administratif devait être délivré par le Maire de la commune où habite la nourrice, mais elle n'a pas dit que le certificat médical devait être délivré par le médecin inspecteur, ce qui annihile l'autorité de ce dernier sur le point le plus important à mon avis, le refus du certificat étant une mesure préventive.

Et pourtant, on le sait bien, les Maires ne refusent jamais ces certificats dont ils ne comprennent pas l'importance, ils craignent les récriminations, les criailleries et *pour si peu* ne veulent pas risquer de se brouiller avec leurs électeurs, chose que les nourrices n'ignorent pas. Munies du certificat du Maire, elles peuvent narguer le médecin qui le leur refuse ou auquel elles n'ont pas pris la peine de demander un certificat que des médecins à signature illisible délivrent si facilement près des bureaux de nourrice, quand ce n'est pas le voisin qui le donne pour faire pièce à son confrère.

Que signifieront dès lors les menaces du médecin inspecteur ? Quelle crainte inspirera un homme dont on sait qu'on peut se passer ?

Mais la nourrice est munie de son nourrisson et reçoit les visites du médecin inspecteur. Celui-ci n'a plus d'autre pouvoir que de faire des dénonciations dont Maires et Inspecteur départemental tiennent plus ou moins compte et qui répugnent à son caractère.

Ce n'est pas tout. L'Inspecteur Départemental ou le Sous-Inspecteur, lorsqu'il passe dans la région, s'efforce trop souvent, lui aussi, de diminuer encore l'autorité morale du médecin inspecteur. Songez donc, il se croit le supérieur, est bien aise de faire partager cette conception de son rôle et ne trouve rien de mieux que de s'enquérir *près des nourrices* de la manière dont le médecin inspecteur s'acquitte de ses devoirs !

C'est ainsi qu'il demandera si le médecin inspecteur passe bien tous les mois, s'il n'appose jamais deux signatures ou ne détache jamais deux bulletins de visite à la fois, s'il ne se fait pas adresser chez lui le carnet pour le viser, etc.., etc..., et la nourrice, enchantée de prendre sa revanche, de dauber sur le Médecin Inspecteur qui pour elle est l'ennemi !

Qu'on ne croie pas que je forge à plaisir de tels griefs contre l'inspection départementale : les choses se passent ainsi plus souvent qu'on ne se l'imagine, même alors que l'Inspecteur Départemental est médecin, car, selon l'excellente tradition, celui-ci s'empresse alors d'oublier que les médecins inspecteurs sont ses confrères pour se figurer qu'ils sont ses subordonnés.

Il ne songera bien entendu jamais, dans ses tournées, à visiter les médecins inspecteurs préalablement avertis. Un Inspecteur ne manifestait-il pas un jour devant nous la crainte que les médecins n'avertissent les nourrices de son passage !

Il est vrai qu'un autre, médecin celui-là, se vantant des nombreuses améliorations qu'il croyait avoir réalisées, disait : « J'ai eu cette année 250 nourrissons de plus que l'an dernier *et j'ai donné 1500 fr. de moins aux médecins inspecteurs.* » C'était là un résultat !

Dans quelques départements, l'administration préfectorale n'a même pas nommé de médecins inspecteurs : ceux-ci sont choisis par les maires, ailleurs par les nourrices elles-mêmes — n'est-ce pas un comble ?

Mais je n'insiste pas : je crois qu'il y a mieux à faire qu'à récriminer ; je crois qu'il faut indiquer le remède à cette situation fâcheuse. — Je dirai donc comment je comprends le fonctionnement du service de protection des enfants du premier âge. Ce ne sera certes pas une raison pour que les abus cessent *ipso facto*; mais si ces quelques lignes pouvaient contribuer à l'amélioration du service, je me déclarerais amplement satisfait.

Les Médecins Inspecteurs devraient être partout nommés par le Préfet et avoir chacun une circonscription personnelle bien délimitée ; ils ne devraient pouvoir être révoqués que sur avis conforme du Comité Départemental, car il ne saurait, sans cela, exister pour eux aucune autorité aucune indépendance et on peut bien, ce semble, leur accorder les garanties qu'on donne aux instituteurs. Il faudrait, de plus, que ce comité départemental qui comprend actuellement des Conseillers Généraux, élus par leurs collègues, des magistrats et des membres nommés par le Préfet, comprît en outre des médecins inspecteurs élus par nous.

Dans sa circonscription, le médecin inspecteur seul devrait pouvoir délivrer les certificats aux nourrices, puisque lui seul les connaît et a pu apprécier leurs mérites professionnels ; son certificat devrait toujours précéder celui du maire, autrement dit, ce dernier ne pourrait délivrer son certificat spécial et le carnet réglementaire que sur le vu du certificat du médecin inspecteur.

Je voudrais même qu'un réglement départemental, formulant des interdictions que la loi n'a pu prévoir évidemment, vînt couvrir le médecin inspecteur et diminuer sa responsabilité en lui facilitant sa tâche.

Je voudrais enfin et surtout que l'Inspection Départementale se fît l'aide du médecin-inspecteur ; c'est là son seul rôle utile.

Quelque sévérité qu'il montre, le médecin inspecteur sera toujours l'homme du pays, dont on n'invoque pas impunément la bienveillance, qu'on finit toujours par apitoyer. C'est pour cette raison qu'il lui faut un auxiliaire rigide auquel il puisse lui-même faire un appel s'il le sent nécessaire.

Aussi l'inspecteur ne devrait-il jamais passer dans une région sans en prévenir le médecin inspecteur, sans le visiter préalablement, sans recueillir de sa bouche les indications nécessaires, sans apprendre ce que lui-même devra dire en telle ou telle circonstance.

Cette conception est, on le voit, quelque peu différente de ce qui existe actuellement.

Le contrôle du service des médecins inspecteurs, je n'en nie pas l'utilité ; mais quelle misère en présence des résultats que pourrait donner l'action de l'Inspection Départementale telle que je viens de l'indiquer !

Et j'en puis parler par expérience, puisqu'un sous-inspecteur convaincu tenta la chose un jour. Il se décida à visiter les nourrissons avec le médecin inspecteur, celui-ci lui indiquant à l'avance ce qu'il verrait dans chaque maison, les observations qu'il aurait à faire, jusqu'aux reproches qu'il aurait à lui adresser personnellement !

Le résultat fut extraordinaire ; malheureusement, peu après, ce sous-inspecteur intelligent était changé et les vieux errements reprenaient.

N'est-ce donc rien que de savoir à l'avance si on entre dans une maison propre ou sale habituellement, si la nourrice est attentive aux conseils du médecin ou négligente, si l'enfant est ou non d'une bonne santé habituelle, s'il est occasionnellement souffrant, etc... etc... ? Et les observations n'auront-elles pas plus de poids si elles tombent juste ?

Il est vrai qu'alors l'Inspecteur Départemental ne peut le prendre de haut vis-à-vis du médecin inspecteur qui, informé des dires et gestes de celui qu'il ne considère aucunement comme un supérieur, est trop souvent tenté de dire lui aussi devant la nourrice ce qu'il pense du fonctionnaire aussi vaniteux qu'incompétent.

Je ne veux pas prétendre que jamais aucune négligence ne se produise de la part du médecin inspecteur et qu'aucune observation ne doive lui être adressée par l'Inspecteur Départemental — loin de là. Mais ce que je prétends, c'est que, le médecin inspecteur fût-il coupable, jamais une observation malveillante ou même simplement suspecte, ne doit être faite devant la nourrice. — Devant elle, il doit toujours avoir raison et sa conduite ne doit pas être même discutée — la chose, si elle est nécessaire, doit se faire en particulier. Cette manière de procéder ne tarde pas à s'établir entre médecin et inspecteur pour le plus grand bien du service.

Et, s'il devient nécessaire de sévir contre la nourrice, l'Inspecteur alors peut couvrir le médecin et se substituer à lui, lui évitant les ennuis inévitables en pareil cas, les prières, les supplications comme aussi les rancunes.

On me disait dernièrement que ce serait encourager la veulerie des médecins inspecteurs, qu'ils avaient tous les moyens d'action nécessaires et que s'ils ne les mettaient pas en œuvre, c'est qu'ils ne le voulaient pas. Je ne saurais protester trop haut contre ce terme de veulerie absolument injustifié.

Comment ! on place à chaque instant le médecin entre son intérêt, fort légitime après tout, et un devoir administratif plus ou moins vague, on le vilipende, on l'amoindrit moralement, on le ré-

munère le moins qu'on peut, et on voudrait qu'il oubliât tout, qu'il sacrifiât sa clientèle, sa position, le pain de ses enfants, aux prescriptions d'un règlement dont tant d'autres n'ont cure !

Que ce médecin soigne — gratuitement neuf fois sur dix — les nourrissons, qu'il leur donne non moins gratuitement des médicaments, jamais personne ne s'avisera de le remercier..... cela ne regarde pas l'administration ; mais que, plus soucieux de l'esprit que de la lettre du règlement, il commette quelqu'irrégularité légère, les haro tomberont sur lui de toutes parts : on le déclarera négligent, coupable, quand on ne se servira pas des épithètes d'indélicat ou d'escroc ! Et si quelque voix, par hasard, s'élève pour soutenir que ce sont là des mots bien gros, que les médecins inspecteurs valent mieux qu'on ne voudrait le faire croire, la suspicion ne tarde pas à l'atteindre elle aussi.

Eh bien ! voilà ce qui ne devrait plus exister, si l'on veut que la loi Roussel donne encore les résultats qu'elle peut donner ! Si la loi doit être modifiée sur certains points, qu'on la modifie ; si des règlements locaux sont nécessaires, qu'on les édicte...., mais qu'on donne enfin aux Médecins Inspecteurs la situation à laquelle ils ont droit et qui leur est indispensable. Et que les autres organismes prévus par la loi, loin de contrarier leur action et d'amoindrir leur autorité morale, sachent bien que leur strict devoir est de les défendre, de les couvrir et de venir à leur aide dans toutes les circonstances.

Dr A. Gassot.

DÉONTOLOGIE HOSPITALIÈRE

Comment peut-on profiter le mieux du temps d'externat et d'internat ?

Par P. Le Gendre
Médecin de l'hôpital Tenon.

Voici l'époque où les services de nos hôpitaux voient se renouveler le personnel des internes et des externes. Les élus des derniers concours, après les tribulations des épreuves, ont encore eu celles du *choix des places*. Car, par un phénomène singulier, quoiqu'on n'ait pas nommé plus d'élèves qu'ils n'y avait de places disponibles, les chefs de service ont vu se succéder dans leurs cabinets de consultation une série de jeunes gens éplorés en quête d'emploi ; cette situation anormale ne peut s'expliquer que par un abus ancien, mais de plus en plus accentué, l'incorrecte habitude prise par certains élèves de retenir une place dans plusieurs services pour la même année, ou d'aller les demander avant la fin du concours, quand ils n'ont encore subi qu'une partie des épreuves. Il me semble qu'il serait urgent de porter remède à ce désagrément créé à la majorité par une minorité sans gêne. La meilleure manière serait peut-être que le choix des places ne pût être effectué de gré à gré entre les chefs et les candidats, et qu'il ne pût avoir lieu qu'à la fin du concours dans l'ordre des nominations ; cela serait plus équitable. Tout au moins serait-il nécessaire que l'Administration établît chaque année et affichât dans le bureau du Service de santé la liste des places retenues par les internes pour les 3 années à venir.

Dans le choix de leurs places, les jeunes gens ne sont pas toujours bien inspirés ; on les voit souvent rechercher pour leurs premières années des services de spécialités, alors que leur instruction générale est encore insuffisante. Il convient aussi de les mettre en garde contre la tendance à se spécialiser d'une manière absolue et prématurée en médecine, en chirurgie ou en obstétrique. Cette tendance n'est déjà pas à encourager chez ceux qui se destinent à affronter les concours supérieurs ; autrefois, il était admis que les futurs médecins faisaient une année d'internat en chirurgie et les futurs chirurgiens une année de médecine ; aujourd'hui on peut voir des chirurgiens et des accoucheurs qui n'ont suivi de service de médecine que comme externes, et il est permis de le regretter pour leurs malades. Cette mauvaise entente des conditions favorables à leur instruction est plus frappante encore quand il s'agit de jeunes gens — et ce sont nécessairement les plus nombreux — qui sont destinés à la pratique générale de notre profession.

Quoi qu'il en soit, au moment où les nouveaux promus vont prendre leurs places parmi nous, peut-être liront-ils sans déplaisir quelques réflexions d'un de leurs chefs qui n'est pas encore assez vieux pour être taxé de *laudator temporis acti*, mais qui a pu déjà pourtant acquérir une certaine expérience des choses hospitalières.

On a beaucoup critiqué depuis quelques années le fonctionnement de nos hôpitaux ; ces critiques ont été souvent injustes ; quelques-unes étaient justifiées. Efforçons-nous de ne plus mériter celles-ci. Pour juger sainement de *nos devoirs et de nos droits*, nous ne devons pas perdre de vue le double caractère de nos hôpitaux. Avant tout, nous ne l'oublions jamais doit passer l'intérêt des malades ; les élèves internes et externes nous sont adjoints pour nous aider à les soigner. Mais c'est aussi pour faire de ces jeunes gens des médecins instruits que la Ville de Paris, soucieuse de contribuer pour sa part à assurer le bon renom de la médecine française, s'impose chaque année de lourds sacrifices (amphithéâtre des hôpitaux, laboratoires de plus en plus nombreux). L'enseignement de la médecine ne peut être comparé à aucun autre, parce que l'exercice de cet art comprend d'innombrables détails que peut seule nous apprendre la fréquentation assidue des malades et de maîtres rompus aux difficultés sans cesse renaissantes de la clinique. C'est un art dont les traditions doivent être transmises oralement. Il faut que les hasards de la clinique amènent peu à peu sous nos yeux les multiples cas de la pratique et que le maître puisse faire vérifier chaque jour par l'élève les signes qu'il constate. D'où l'impossibilité pour un maître d'instruire réellement plus d'un petit nombre d'assistants ; un malade ne doit être examiné chaque matin que par peu de personnes ; autrement, il en résulterait une fatigue préjudiciable à son état.

La clinique hospitalière est un véritable *enseignement mutuel*, où chacun apporte sa part de collaboration. Non seulement l'instruction descend l'échelle hiérarchique du chef à l'interne, aux externes et aux stagiaires, mais l'échange se fait de bas en haut d'une façon aussi certaine, quoique moins évidente ; les questions posées par un débutant suggèrent au plus expérimenté des réflexions fort utiles, l'obligent à approfondir des sujets qu'il croyait mieux savoir. Aussi les meilleurs élèves sont-ils les plus curieux et les plus questionneurs. Leurs questions peuvent plus d'une fois nous mettre dans l'embarras ; notre devoir est de ne pas cacher nos incertitudes. Affirmer un diagnostic sans arguments suffisants est d'un mauvais exemple; nous ne devons pas, pour conserver plus de prestige aux yeux de nos élèves, trancher de l'infaillibilité, leur laisser prendre l'habitude de confondre la certitude et la vraisemblance, encore moins l'hypothèse. La loyauté intellectuelle est le premier devoir d'un maître digne de ce nom.

Si nous devons à nos élèves les explications les plus complètes sur l'évolution et le traitement des maladies que nous soignons sous leurs yeux et tous les conseils qui peuvent leur être utiles pour la direction de leurs études, leurs lectures, leur manière de travailler et leurs plans d'avenir, nous avons

droit de leur demander en échange certaines qualités : la formule traditionnelle qui consacre les devoirs de l'élève dans un service d'hôpital veut qu'il fasse preuve d'*exactitude*, de *zèle* et de *subordination* ; elle est en somme satisfaisante — à la condition d'être un peu commentée.

Au troisième terme, un peu trop militaire, je substituerais volontiers celui de *déférence*, qui implique plutôt une idée de confiance affectueuse nuancée de respect, et pour ma part je serai toujours satisfait d'être traité par mes élèves comme un frère aîné présentement, et un peu plus tard comme un père.

Je voudrais que la formule fît de plus mention des *égards pour les malades*.

L'exactitude doit être prise dans le sens le plus étendu. Il ne s'agit pas seulement de venir chaque jour, il faut encore arriver à l'heure convenue. Chaque chef de service a des habitudes, qui lui sont généralement imposées par les nécessités professionnelles et l'éloignement de sa demeure. Il est nécessaire que les élèves arrivent quelque temps avant lui ; cela importe au bien de tous. Le temps dont on dispose chaque matin étant mesuré, si les malades n'ont pas déjà été vus quelque peu par l'interne et les externes avant l'arrivée du chef, celui-ci est obligé de poser une foule de menues questions, perdant ainsi un temps qui serait mieux employé à l'instruction des élèves. N'est-il pas en outre indispensable qu'un futur médecin acquière, s'il ne la possède naturellement, cette qualité précieuse, l'exactitude aux rendez-vous, faute de laquelle, il sera plus tard fort gênant pour ses confrères et ses clients, et par suite moins souvent consulté ?

D'ailleurs l'étudiant en médecine doit se pénétrer avant tout de cette pensée que l'hôpital est le seul endroit où il peut *apprendre son métier* ; non seulement il y trouve les connaissances scientifiques, mais il y doit prendre les habitudes d'esprit et de caractère qui lui seront nécessaires dans l'avenir. On ne saurait trop répéter aux débutants que, pour exercer la profession de médecin, il ne suffira jamais d'avoir appris la structure du corps humain, ses maladies et les meilleurs traitements à leur opposer. On peut être un anatomiste et un physiologiste, un pathologiste et un thérapeutiste, on n'est pas encore pour cela un médecin, j'entends un homme capable d'être toujours utile aux autres hommes malades, sinon en les guérissant, du moins en les aidant autant que possible à se guérir et en adoucissant leurs souffrances physiques et morales indissolublement unies. Pour remplir, je ne dirai pas complètement ni toujours — car c'est presque au-dessus de l'effort humain, — mais le plus souvent possible et sans trop d'indignité, cette tâche, la plus belle que puisse assumer l'homme, il faut s'y préparer longtemps par une initiation graduelle ; il faut se dépouiller peu à peu de nombreux défauts physiques, intellectuels et moraux et conquérir certaines qualités que le temps seul peut donner.

Mais, dira-t-on, vous allez décourager les débutants en leur représentant que la carrière est si difficile. A vrai dire, il n'y aurait pas grand mal à en décourager bon nombre, la carrière n'est que trop encombrée ; elle le serait moins, si elle n'était parcourue que par ceux-là seuls qui ont, comme disaient les anciens moralistes, les vertus de leur habit. D'ailleurs j'ajouterai que ces vertus ou ces qualités, pour parler moins ambitieusement, ne sont au-dessus d'aucune bonne volonté. Quelles sont les *vertus cardinales du médecin* ? Une patience d'une trempe inaltérable, un alliage heureux de douceur et de fermeté, une observation scrupuleusement attentive et toujours en éveil des choses physiques et morales. Si on a ces qualités primordiales les autres viendront par surcroît et par voie de conséquence. Or beaucoup d'entre nous ne sont ni patients, ni doux, ni fermes, ni attentifs par don de nature ; mais je pense que tous ou à peu près nous pouvons devenir tels par un exercice d'abord volontaire, et persévérer par habitude. Pour être devenus tels quand ils seront médecins, les étudiants doivent s'y exercer à l'hôpital.

C'est là seulement qu'ils peuvent *apprendre à interroger* minutieusement et habilement les malades, se résignant à écouter beaucoup de paroles inutiles pour en extraire quelques renseignements précieux, s'essayant à conduire un interrogatoire sans laisser l'interrogé s'égarer trop longtemps loin de la question, sans toutefois décourager le besoin ressenti par toute créature souffrante de faire ses confidences à ses semblables. C'est un rôle de juge d'instruction bienveillant et de confesseur indulgent qui est à la base de la clinique.

De tels interrogatoires sont plus faciles en un sens, plus difficiles à un autre point de vue, à l'hôpital que dans la pratique urbaine. La psychologie de nos hospitalisés est moins complexe en général que celle de nos clients ; aussi est-ce un bon terrain pour les débutants ; toutefois les personnes qui viennent occuper les lits de nos hôpitaux appartiennent encore à des professions et à des conditions sociales bien diverses. D'autre part, le voisinage des autres malades gêne assez souvent le malade d'hôpital pour nous faire toute sa confession. Aussi l'élève qui désire faire un bon interrogatoire doit-il aborder son malade avec politesse, aménité et cordialité, sans cependant se montrer ni trop timide, ni trop protecteur. On ne peut mieux donner le ton à la moyenne des élèves qu'en leur conseillant de procéder à l'hôpital exactement comme ils feraient en ville pour un client, c'est-à-dire de se composer l'air de visage, l'intonation, le maintien même, que doivent suggérer à tout homme de tact l'inspection rapide de son interlocuteur au point de vue du sexe, de l'âge, de l'expression du visage et la connaissance de sa profession, fournie à l'hôpital par la lecture de la pancarte d'identité. Pour faire des progrès dans l'interrogatoire, il faut être animé soit du désir de plaire à l'interrogé et d'acquérir sa confiance, soit d'une curiosité sans cesse en éveil. Un vrai clinicien doit prendre toujours plaisir à écouter l'histoire d'un malade ; mais il faut *que sa curiosité soit bienveillante et se manifeste avec discrétion.*

Pour apprendre à interroger, il faut avoir d'abord assisté à un interrogatoire bien conduit. C'est au chef de service à donner l'exemple ; l'interne et les externes l'imiteront de leur mieux. Mais une première condition est requise pour que dans un service les malades prennent confiance dans le personnel médical, c'est que celui-ci ne s'écarte jamais de la *correction dans son maintien et dans ses paroles.*

Nous devons tous montrer que notre unique désir est de soigner les malades au mieux de *leur* intérêt et non pas seulement de les étudier comme des *sujets* qui nous intéressent scientifiquement. Il ne faut pas que les élèves tiennent à trop haute voix des propos peu en harmonie avec un lieu où d'autres hommes souffrent et agonisent, ni qu'ils échangent entre eux sur les malades des remarques de nature à inquiéter ceux-ci ou à les affliger, à peine ose-je rappeler qu'il serait inexcusable de faire allusion à des autopsies passées ou futures en termes intelligibles pour les malades.

La *manière de suivre la visite* n'est pas indifférente ; que viennent faire à l'hôpital des étudiants qui circulent autour des lits en parlant uniquement de ce qui se passe au dehors, voire en lisant le journal ? Je ne puis cacher non plus que je trouve blâmable l'habitude qu'ont prise quelques-uns de s'asseoir sur le lit même du malade au risque de l'incommoder, sinon de le faire souffrir.

Pour l'*examen physique des patients* certaines précautions doivent être prises. On ne doit pas commencer comme je l'ai vu faire trop souvent, par découvrir d'un seul coup le malade en arrivant auprès de lui, sans l'avoir averti ; ce défaut d'égards est particulièrement révoltant s'il s'agit d'une femme ou d'une personne âgée. Sans doute, on doit tout voir, mais on arrive toujours à le faire en procédan

avec douceur et méthode, par approches successives ; il ne s'agit pas là d'une prise d'assaut. Il ne faut jamais palper la peau, surtout sur l'abdomen, avec des mains brusques ni froides ; sans parler du malaise et de la contrariété qui en résulteraient pour le malade, un examen aussi maladroit ne donne que des résultats nuls ou incomplets, de même qu'une percussion brutale. Il faut encore user de plus grands ménagements pour le toucher vaginal ou rectal.

* * *

La partie la plus importante du RÔLE DES EXTERNES est la *rédaction des observations* ; il ne serait pas mal qu'on donnât de temps en temps ce sujet en question d'externat ; les candidats seraient amenés ainsi à y réfléchir et le sujet en vaut la peine. Il est indispensable au bien général que toutes les observations soient prises et tenues à jour. C'est la seule manière d'obliger les élèves à étudier chaque cas sérieusement, à en suivre l'évolution ; il n'est pas excessif de dire que l'on ne connaît bien une maladie qu'après avoir pris jour par jour des observations de malades qui en sont atteints ; c'est seulement ainsi qu'on passe du schéma nosographique à la vérité clinique. C'est aussi le seul moyen de ne pas laisser perdre tant de documents cliniques qui tombent à l'oubli chaque jour, malgré la bonne volonté des chefs de service dont la mémoire ne peut retenir tant de faits. Telle observation, qui paraissait banale au moment où le malade est entré à l'hôpital, acquiert à l'improviste de l'importance par l'apparition d'une complication ou par la marche ultérieure. Si toutes les observations ne sont pas recueillies systématiquement, les débuts manquent alors ou sont inexactement reconstitués ; ainsi on risque de fausser le sens réel du fait. Maintenant que l'organisation des circonscriptions hospitalières ramène au même hôpital les malades qui souvent demandent à être replacés dans le service où ils ont déjà été soignés, si on a pris bien l'observation une première fois, c'est une économie de temps de n'avoir qu'à la remettre au courant. Quant au meilleur plan à suivre pour recueillir une observation, il n'y a pas lieu de donner aux élèves un conseil général, chaque chef de service ayant à cet égard ses préférences particulières.

Les externes ne doivent pas négliger la *tenue des cahiers de visite* ; tout relâchement sur ce point entraîne bien des désagréments au point de vue de la distribution régulière des médicaments prescrits.

Ils doivent pratiquer l'*analyse des urines de chaque malade* entrant ; aucune observation n'est complète sans cela, et l'habitude qu'ils auront prise ainsi à l'hôpital, ils la conserveront pendant toute leur pratique personnelle, assurés d'éviter ainsi beaucoup d'erreurs de diagnostic et d'en corriger qui avaient été commises, condition importante de succès dans la clientèle.

Ils feront sagement de s'exercer à appliquer avec douceur et dextérité les moyens thérapeutiques qui sans être difficiles, exigent encore un certain apprentissage, si on veut ne pas paraître trop novice au client : *lavage de l'estomac, électrisation, massage, cathétérismes*, etc.

* * *

Quant à Messieurs les INTERNES, si quelques conseils peuvent leur être donnés, je pense que ce sont les suivants.

Ce leur est un mince avantage d'être nommés *trop jeunes* ; si leur préparation a été exclusivement théorique, s'ils sont trop peu avancés dans leurs études médicales, l'*internat* leur sera moins profitable que s'ils ont plus de maturité.

Qu'ils soient *exacts à la visite*, qu'ils aient déjà pu examiner rapidement les malades *avant l'arrivée de leur chef* afin de le mettre au courant de ce qui s'est passé depuis la veille, cela est indispensable.

Surtout que l'interne fasse régulièrement et longuement la *visite du soir* : c'est là qu'il apprendra le plus ; seul avec le malade, il pourra pousser à fond les interrogatoires délicats, multiplier les modes d'examen pour éclaircir les questions obscures. C'est à ce moment que l'interne se sent vraiment chez lui dans ses salles et je me souviendrai toujours de l'intime satisfaction avec laquelle j'ai fait ma première contre-visite. A cette époque, déjà lointaine, hélas ! les internes méritaient mieux leur nom que maintenant ; tous ou à près nous faisions salle de garde et logions dans l'hôpital.

Je sais tel collègue qui a passé ses quatre années d'internat à l'hôpital Saint-Louis et qui restait souvent plusieurs semaines sans en sortir. Que de choses on apprend ainsi par l'incessante fréquentation des malades... *surtout quand on monte régulièrement ses gardes* ! Car au cours d'une garde bien montée dans un grand hôpital les incidents de toute sorte surgissent, exigeant souvent une prompte décision obligeant à réfléchir, à compulser les livres, à se concerter avec des collègues plus anciens.

Si l'interne veut prendre dans le service l'*autorité* qui lui appartient, il ne suffit pas qu'il porte une calotte ; il doit par sa tenue, sa politesse, sa fermeté et son équité savoir inspirer le respect. Il doit, suivant les cas, défendre les malades contre le personnel infirmier et celui-ci contre les malades. S'il agit avec discernement, il est toujours certain d'être soutenu par son chef ; il lui faut souvent faire preuve d'un *tact* délié ; c'est encore à ce point de vue que l'hôpital est excellent pour initier le futur médecin aux innombrables difficultés d'ordre psychologique qui surgiront pour lui dans la clientèle.

Déjà il pourra s'exercer à pratiquer les lois de la *déontologie* médicale, en recevant avec courtoisie les confrères qui viendront dans son service et il évitera avec grand soin de les froisser directement ou indirectement par son attitude ou ses paroles. Quand il aura appris d'un malade le diagnostic porté et le traitement institué par un médecin de la ville, il n'aura jamais le mauvais goût de faire à ce sujet la moindre réflexion désobligeante, même s'il juge qu'il y a eu erreur commise. Car il se souviendra que les *égards entre confrères* peuvent seuls inspirer au public le *respect de notre profession*.

Quand ils ont à pratiquer des *autopsies*, ils doivent les faire méthodiquement et complètement, même si le chef de service n'a pas témoigné le désir de voir toutes les pièces ; c'est seulement ainsi qu'ils arriveront à acquérir des connaissances positives en anatomie pathologique. Là comme en clinique, tout ce qu'on n'a pas *vu*, on ne le sait guère, malgré toute la science « livresque », eût dit Montaigne.

Enfin je ne puis résister au désir de dire aux externes ce que je pense des *conférences d'internat*. Trop nombreux sont ceux qui croient devenir plus vite internes en se consacrant uniquement à ce travail des conférences, en y sacrifiant même le travail personnel qui a la clinique pour base. Les conférences d'internat ont une utilité à la condition que les internes qui les dirigent comprennent leur rôle et aient en vue l'intérêt réel des externes qu'ils préparent, non pas leur intérêt personnel ; ces réunions ont surtout pour but d'apprendre à traiter une question avec méthode par écrit et verbalement. Les meilleurs chefs de conférence ne sont pas ceux qui encouragent l'érudition fine, la recherche des petits détails ; ce ne sont pas davantage ceux qui dictent à leurs auditeurs des plans tout faits ! L'élève doit apprendre à faire lui-même un plan et non pas chercher à retenir ceux qu'on lui suggère.

Les meilleurs sujets qu'on puisse donner à traiter aux élèves sont d'importantes questions de pathologie générale et de sémiologie. Mais pas d'indications bibliographes trop nombreuses, et surtout peu ou pas d'historique ! Les chefs de conférences ont quelquefois le tort de faire subir aux candidats à l'internat la préparation qu'ils font eux-mêmes pour des concours d'adjuvat, de médaille ou de prosectorat. Le temps perdu à lire des détails trop nombreux sur des questions rares dans des monographies

qu'on ne se procure qu'à la bibliothèque serait employé mieux par beaucoup d'externes à lire chaque jour dans l'un ou l'autre des traités récents les maladies que les hasards de la clinique leur mettent sous les yeux ; les notions acquises ainsi peu à peu par l'étude parallèle du malade, du livre et du cadavre sont les seules qui se fixent d'une façon durable dans la mémoire pour toute l'existence. Les seules lectures théoriques faites en vue de la conférence ne serviront guère au futur médecin dans l'exercice de sa profession ; ce qu'il apprend à l'hôpital, voilà le trésor de guerre pour l'avenir dans la lutte pour la vie. Ce qui me fâche quand je vois des externes négliger leur service pour courir plus vite à la bibliothèque, n'écouter que d'une oreille distraite ce qu'on dit devant eux quand le sujet ne leur paraît pas être de ceux qui peuvent être donnés comme questions d'écrit ou d'oral au prochain concours, c'est qu'ils lâchent la proie pour l'ombre. Parmi eux, ceux qui arriveront à l'internat par un coup de chance, profiteront mal de ce temps d'études pratiques parce qu'ils s'y seront mal préparés, faute d'avoir appris auparavant des éléments suffisants de technique clinique. Et ceux qui auront échoué à l'internat auront complètement perdu leur temps d'externat, n'ayant meublé leur cerveau que de notions théoriques. Mieux vaut certes avoir été un bon externe qu'un médiocre interne.

L'interne doit encore aider son chef à apprendre aux externes et aux autres élèves qui suivent la visite à examiner les malades ; il est le *maître-répétiteur de propédeutique*, c'est pour cela encore qu'il ne doit pas entrer en fonction trop jeune et insuffisamment préparé lui-même.

Dès le début de son internat, il s'empresse, depuis quelques années, d'aller s'initier dans un *laboratoire* aux éléments de la *bactériologie* pratique ; empressement louable, initiation indispensable. Mais, cet apprentissage terminé, il ne sera pas également utile à tous de continuer à consacrer chaque jour la plus grande partie de leur temps au laboratoire ; car ce serait fatalement au détriment de la clinique. Il faut longtemps ausculter pour arriver à bien le faire et le temps n'est pas encore venu où les rayons Röntgen dispenseront de savoir ausculter.

Recueillir avec le plus grand soin le plus grand nombre possible d'observations, et à propos de chaque cas difficile lire et relire tout ce qui a été écrit d'important dans le présent et dans le passé, en utilisant d'abord la bibliothèque de la salle de garde, puis celle de la Faculté, en remontant aux sources, aux mémoires originaux, voilà le vrai moyen de devenir un pathologiste et un clinicien consommé ! C'est à l'interne et non à l'externe que conviennent les recherches bibliographiques et l'érudition scrupuleuse. Et quand il aura ainsi pendant trois années garni ses cartons de faits minutieusement observés et ses dossiers d'études mises au point sur les grosses questions de la pathologie, un beau jour il verra surgir le sujet de thèse ou de mémoire qui couronnera son temps d'internat.

Alors, bien armé au point de vue des connaissances techniques, assoupli aux habitudes d'esprit et de caractère qui sont indispensables à l'exercice correct de l'art médical, il pourra, — malgré la dureté des temps — entrer sans trop d'inquiétude dans l'arène professionnelle.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations aux membres du Concours médical dont les noms suivent, et qui viennent d'être faits officiers d'académie : MM. Byasson (de Guéret) ; Duchesne (d'Orbec-Calvados), Foucher (d'Argentan) et Noury (de Caen).

— En 1899, le 4e samedi de Décembre, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (600 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en français, sur la question suivante :

Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme.

Les mémoires *inédits et non encore récompensés* devront être déposés au Siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le 1er octobre 1889. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix, serait exclu de fait du concours. Seuls, les membres Titulaires et Honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Le Secrétaire général,
F. BURET.

La loi sur la vaccination en Angleterre. — Au pays de Jenner, la Chambre des communes vient de voter une loi sur la vaccination, on pourrait presque dire contre la vaccination, car on y trouve une disposition ainsi conçue :

Les parents qui ne veulent pas faire vacciner leur enfant ne seront plus désormais poursuivis s'ils justifient devant un tribunal, avant la fin du quatrième mois qui suit la naissance de l'enfant, qu'ils croient *en conscience* que le vaccin est nuisible à la santé. De plus, les parents qui ont été condamnés une fois pour avoir *négligé* de faire vacciner leur enfant ne pourront plus être poursuivis avant que ledit enfant n'ait accompli sa quatrième année.

— Le n° 51 du *Bulletin vétérinaire* de M. Méré, d'Orléans, contient un très intéressant article de M. Léon Mallet, vétérinaire à Benet. Il ouvre un *referendum* au sujet de la loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire, dont le projet présenté, en 1894, fut modifié par la Commission parlementaire. Le projet Viger instituait un diplôme vétérinaire conféré aux élèves par les écoles et à tous ceux qui, traitant, sans diplôme les animaux, depuis cinq ans, seront admis à justifier et auront justifié de leurs connaissances devant une commission d'examen spéciale. Le projet édicte des pénalités et a été adopté par le grand conseil des vétérinaires.

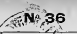
Un questionnaire a été adressé à tous et les réponses serviront de base à une petite pétition aux Chambres. Nous souhaitons à MM. Méré et Mallet, pour leur louable entreprise en vue de régulariser la situation de leurs confrères et de faire disparaître les empiriques, le succès qu'a obtenu le *Concours médical* dans sa campagne de 12 années, pour l'obtention de la Loi Chevandier, qui est venue consacrer ses efforts.

Nous ne sommes plus à compter les services rendus à la médecine humaine par les médecins vétérinaires : les *Bouley*, *Nocard*, et tant d'autres.

— Le Dr Variot préconise le pavage des cours des écoles par les cubes de bois ; il le préfère au gravier en couche mince, qui retient l'humidité, amène des flaques d'eau, et surtout use rapidement les chaussures des enfants ; les mères ne peuvent suffire à les renouveler. Le pavé de bois supprime la poussière, la boue, l'humidité, est élastique pour les jeux, rend les chutes inoffensives, etc.. Nous croyons que le pavé de bois s'imposera dans les écoles.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année.  N° 36 3 SEPTEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Doctorat en pharmacie

Par décision du Conseil de l'Université de Paris, l'Ecole supérieure de pharmacie a été autorisée, en avril dernier, à créer le diplôme de *Docteur en pharmacie*. Il sera délivré, après une année supplémentaire de scolarité, aux pharmaciens de 1re classe qui présenteront une thèse sur des travaux personnels.

Les autres Universités s'empressent de suivre l'exemple de Paris, afin de ne pas voir s'échapper, vers la capitale,les étudiants en pharmacie qui se sont inscrits chez elles.

Nous sommes donc, on peut le dire, en présence d'un fait accompli.

On s'est déjà préoccupé chez nous d'en rechercher les conséquences probables, et plus d'un médecin s'est alarmé en songeant à l'effet produit. sur le public, par l'enseigne ou la carte de M. X, *docteur... (en pharmacie*, ce qu'il oubliera peut-être d'ajouter) ou *docteur de l'Université de Paris, de Lyon* ou de *Montpellier*.

Evidemment, l'utilité de la nouvelle création n'apparaît pas de façon éclatante, même si on se place au point de vue de l'intérêt des pharmaciens.

La suppression du diplôme de 2e classe, de date encore récente, allait dresser une barrière devant l'encombrement, et tendait à relever le prestige professionnel. C'était bien.

Mais, le nouveau doctorat, en marquant quelques rares élus d'un sceau particulier de distinction scientifique, va ravaler tous les autres au rang de commerçants, de boutiquiers ou de préparateurs très vulgaires. Ils en prendront sans doute leur parti, mais ce sera au préjudice du prestige de la corporation. Laissant les galons à leurs *officiels*, ils se livreront à la chasse des bénéfices,et la moralisation professionnelle n'a qu'à perdre à cette mise au second plan du pharmacien de 1re classe, qui se montrait généralement soucieux de respecter son diplôme.

De la sorte, si *quelques-uns* de ses membres grandissent devant l'opinion publique jusqu'à être assimilés, hiérarchiquement parlant, aux docteurs en médecine, le corps pharmaceutique voit au contraire *sa masse* diminuée, abaissée, à un degré de considération scientifique voisin de celui qui était dévolu aux *diplômes de 2e classe* et d'officier de santé.

Donc, fausse manœuvre à ce point de vue. On a créé des privilèges au détriment de l'intérêt commun : voilà tout.

Les médecins, moins partisans du panache, il faut le croire, se sont toujours montrés beaucoup plus tièdes envers les projets de création de grades supérieurs au doctorat du commun des mortels. Et ils ont bien fait.

Mais, autre affaire.

Faut-il nous associer pleinement aux craintes de MM. Huchard et Renaut, lorsqu'ils voient les docteurs... en pharmacie de l'avenir entretenir et exploiter l'équivoque, pour fourrager sur le domaine des médecins ?

Ceci paraît exagéré. A notre avis, les pharmaciens,qui pousseront leurs études jusqu'au doctorat nouveau, seront des hommes de science plutôt que de boutique. Ils chercheront à obtenir ce que donne aujourd'hui le *diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe*, créé en 1878, c'est-à-dire l'accès à des branches particulières, enseignement, expertises, etc... La consultation ne sera pas dans leurs goûts, ni dans leurs habitu-

des : tout au plus, prêteront-ils leur titre à l'exploitation d'une spécialité thérapeutique *appelée à écarter le médecin du malade*, mais ce danger existe même avant leur intervention ; ils ne l'aggraveront pas.

Nous sommes donc peu porté à croire que le péril nous vienne directement de leur côté.

Seulement, il pourrait bien nous venir de leurs confrères, désormais plus soucieux peut être d'argent que de prestige, comme nous le disions tout à l'heure. Et le résultat serait le même, sinon plus grave encore, aussi bien pour l'intérêt du médecin que pour celui de la santé publique.

M. Crinon, donnant son opinion personnelle dans le *Répertoire de pharmacie*, nous dit que toutes ces craintes sont chimériques, que la plupart des pharmaciens ne songent à utiliser d'aucune façon contre nous l'innovation récente. Pour lui et pour *la plupart*, nous n'hésitons pas à le croire ; mais les autres sont encore nombreux !

Et en somme, s'il n'a pas été fait un mauvais calcul contre nous, à quel mobile a-t-on obéi ? Admettons qu'on n'ait ni voulu, ni réalisé l'équivoque. Nous constatons, par contre, qu'on a manqué l'assimilation, et porté atteinte au prestige du pharmacien de 1re classe. C'est faire payer trop cher le panache *officiel* de quelques-uns.

Le *diplôme supérieur* était suffisant pour les sélections nécessaires, et il avait une allure discrète qui ne catégorisait pas d'une façon brutale, aux yeux des profanes, les membres du corps pharmaceutique.

Mais le Doctorat !

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Récemment a eu lieu à l'Académie de Médecine une très intéressante discussion à propos des lacunes de la loi sur la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques par le médecin, et M. le Dr Ferrand s'est fait l'interprète de l'opinion générale des praticiens, en insistant sur ce qu'il y a de vexatoire pour le médecin dans l'obligation de la déclaration. Pour prouver l'inanité de la loi dans maintes circonstances, M. Ferrand a fait remarquer combien était infime le nombre des déclarations officielles en comparaison du nombre réel des affections transmissibles. M. Ferrand trouve que la loi est nécessaire ; mais il voudrait que la déclaration des maladies contagieuses ne fût obligatoire que pour la famille. La famille, en effet, est la première intéressée à cette déclaration, mais l'opinion publique n'est pas encore suffisamment éclairée sur ce point, lui objecte M. H. Monod.

« La loi en préparation sur la santé publique étend l'obligation de la déclaration à défaut du médecin à la famille ou même au directeur de l'établissement dans lequel est soigné le malade ; malgré cela, il faut toujours avoir recours au médecin pour que la déclaration soit régulièrement faite.

« On tient compte autant que possible des desiderata du corps médical ; partout où cela est possible, on organise un service d'inspection de l'hygiène et d'assainissement. Nous ne ferions pas de bonne besogne en poussant les médecins à désobéir à la loi, ou même en cherchant à excuser ceux qui lui désobeissent. Il est préférable d'engager les praticiens à tirer parti des moyens que leur offrent la législation actuelle, si insuffisants qu'ils soient et à unir leurs efforts à ceux de l'administration sanitaire pour assurer, dans la limite du possible, la protection de la santé publique. »

M. Ferrand se défend d'avoir cherché à engager les confrères à prendre parti contre la loi : il veut seulement qu'on amende la loi pour la rendre pratique.

Il y a à cette question deux points de vue, comme le dit M. Monod, le point de vue de droit et le point de vue de fait. La déclaration des maladies transmissibles est nécessaire, non seulement pour la confection des statistiques, mais pour qu'on puisse prendre des mesures de pré-

FEUILLETON

La misanthropie d'Alceste.

Question de diagnostic.

J'ai jadis ergoté sur la mélancolie irrémédiable de Louis XIII. — On peut rapprocher son cas de celui du bizarre héros de Molière, toujours de mauvaise humeur, sans cesse à maugréer contre ceux qui l'approchent. — Certes, il y a fort à dire sur le manque de sincérité, qui préside aux relations sociales ; mais, puisqu'on sait à quoi s'en tenir, ne vaut-il pas mieux en rire et rester sur ses gardes, que se désoler en phrases ampoulées comme le fait Alceste :

Je ne trouve partout que lâche flatterie,
Qu'injustice, intérêts, trahison, fourberie ;
Je n'y puis plus tenir, j'enrage, et mon dessein
Est de rompre en visière à tout le genre humain.

Cette tirade est évidemment exagérée et Philinte a bien raison de lui dire que ce chagrin est un peu trop sauvage, qu'il devrait excepter quelques mortels de son aversion, qu'il faut faire grâce à la nature humaine et voir ses défauts avec douceur.

Lorsqu'il a perdu son procès, il pourrait en appeler, faire casser l'arrêt ; mais il préfère subir cette iniquité sans se plaindre, pour avoir le droit de pester contre la perversité et la sottise universelles.— Aussi, Célimène, qu'il voudrait confiner dans la solitude, loin de la ville, a bien raison de le laisser se morfondre tout seul dans le désert rêvé,

Où d'être homme d'honneur on ait la liberté.

Cet irascible et grincheux personnage, dont les emportements sont disproportionnés, qui poursuit de la même haine, fautes graves et peccadilles, compte de nombreux descendants dans notre monde médical. — Il fait songer à certains confrères.... sans humilité, qui suspectent sans cesse la droiture de leurs voisins, ne cessent de les charger, de crier contre leur manque de correction et la dépravation ambiante. A les entendre, eux seuls auraient toutes les vertus et suivraient la ligne droite, eux seuls seraient austères, irréprochables, infaillibles et parfaits.

Les vitupérations de ces justiciers au rictus d'ambitieux déçu, tiennent le plus souvent à ce qu'ils ont moins bien réussi que le prétendu charlatan qu'ils cherchent à discréditer, ce mécompte les empêchant de mener le train que leur fatuité avait rêvé.

Dès l'antiquité, Pline le jeune a cloué au pilori ces faux Caton, ces éternels contempteurs :

servation. Le point de vue de droit n'est donc pas douteux. Cependant, quand il s'agit de la déclaration des naissances, elle doit incomber à la famille et au médecin, à défaut de toute autre personne.

La conclusion à tirer de ces faits est la suivante :

Le concours matériel et moral du médecin est toujours acquis à l'administration, mais il est répugnant de lui demander de se compromettre dans des mesures qui sentent le policier. Si, au lieu de suivre la marche recommandée par la loi, la déclaration était effectuée par la famille, par ceux à qui en incombe la responsabilité, on débarrasserait la profession médicale d'un poids qui pèse lourdement sur ses épaules. Nous ne verrions plus de médecins pris entre cette alternative de s'aliéner leurs clients ou de ne pas satisfaire à la loi.

M. *Cornil.* J'ai été heureux d'entendre les déclarations de M. Ferrand à cette tribune, parce qu'il me semble que nous sommes bien plus près de nous entendre. La désinfection, que M. Ferrand approuve, ne peut être faite sans déclaration. Dans la loi, qui est en préparation et qui est devant le Sénat depuis quatre ans, il est inscrit un nouvel article qui prescrit de faire la déclaration non seulement au médecin, mais à la famille. Cette loi donnera satisfaction à M. Ferrand, mais dans cette loi, il y a un antagonisme entre les hygiénistes et les propriétaires, et comme les propriétaires sont très nombreux dans toutes les Chambres, il y a là des difficultés qui empêchent de terminer cette loi.

En résumé, la déclaration et la désinfection sont deux mesures corrélatives, qui ne peuvent être complètes que lorsqu'elles vont ensemble. Les médecins seront beaucoup plus portés à faire la déclaration, lorsqu'ils sauront qu'elle sera suivie de la désinfection,

M. *Leblanc.* En médecine vétérinaire, c'est le propriétaire qui doit faire la déclaration et, à son défaut, le vétérinaire. Si cette déclaration était toujours bien faite, on épargnerait à la France des millions, en arrêtant dès le début des épizooties ruineuses. Je ne puis donc qu'appuyer ce que viennent de dire M. Monod et M. Cornil. Il faut persévérer dans cette voie sans s'arrêter à quelques difficultés de détail.

M. Cornil demande que l'Académie émette le vœu que la loi sur la protection de la santé publique soit votée le plus promptement possible.

Traitement électrique des paralysies périphériques.

M. le Dr S. *Leduc*, de Nantes, a communiqué à l'A. F. A. S. (session de 1898, à Nantes) les résultats de ses recherches sur le traitement électrique des paralysies par lésions des troncs nerveux, des paralysies dues à des névrites, névrite *a frigore*, névrite rhumatismale, traumatique, etc.

Ce traitement consiste dans l'emploi exclusif des courants galvaniques réglés d'une certaine manière. On détermine d'abord le siège de la lésion ; ce qui la plupart du temps est facile. On applique alors la méthode monopolaire négative : le pôle positif, large électrode indifférente, est appliqué sur l'épigastre ou dans le dos, l'électrode négative formée par un tampon d'une surface d'autant plus grande que le nerf est plus profondément situé, d'autant moindre qu'il est plus superficiel, est appliqué à l'endroit de la lésion : un rhéostat étant placé dans le circuit, on augmente d'abord le nombre des éléments, on diminue ensuite la résistance de façon à atteindre le maximum d'intensité que le malade puisse supporter, intensité variant, suivant les personnes et les régions, d'un tiers de milliampère à trois milliampères par centimètre carré, on laisse passer le courant un temps variable de 2 à 12 minutes suivant la tolérance de la peau.

Cette première partie du traitement, la plus importante, a un double but et un double résultat. 1° L'électrisation monopolaire négative a, sur les inflammations chroniques, en général, une action résolutive très marquée, et elle donne des guérisons d'une rapidité surprenante. Cette action s'exerce sur les *névrites chroniques causales* des paralysies. 2° L'électrisation monopolaire négative produit l'état cathélectrotonique ou aug-

---

« Ils ignorent que la douceur est ce qui sied le mieux, même à ceux qui n'ont pas besoin d'indulgence. Le meilleur et le plus accompli des hommes est celui qui pardonne à tout le monde, comme si, tous les jours, il péchait lui-même et qui s'abstient de pécher, comme s'il ne pardonnait à personne. Ainsi, dans toute la conduite de notre vie publique et privée, ayons pour principe constant d'être inexorables pour nous-mêmes, cléments et généreux pour les autres. »

Mais revenons à Alceste, qui sous prétexte de franchise et d'horreur du mal, tourne toute l'humanité en ridicule. — C'est le propre des gens qui ont l'estomac et le foie malades de voir ainsi tout en noir et d'exagérer les tares du prochain ; on les a catalogués sous l'étiquette d'hypocondriaques ; le moindre coup d'épingle les exaspère, la moindre indigestion leur est fatale.

Molière avait 44 ans lorsqu'il fit cette peinture du plus aigri des cœurs.

Sa santé fut toujours chancelante ; mais on peut supposer qu'en dehors de la douloureuse mésaventure de son mariage et de ses justes motifs d'être jaloux, son âge et l'état de son tube digestif contribuèrent à augmenter son humeur naturellement sarcastique. — Il était à cette période de la vie où le viscère gastrique devient tout particulièrement ombrageux, où la circulation hépatique cesse d'être irréprochable. — Il se serait moins incarné dans son personnage, si on l'avait envoyé faire une cure à Vichy. Nous y aurions perdu un chef-d'œuvre, me dira-t-on. Je n'en crois rien, il en aurait simplement créé un autre, moins frondeur, moins mélancolique. Son principal héros aurait eu moins de rudesse et de brutalité. Il aurait estompé en quelque sorte la violence de ses appréciations, qui sont autant de *casus belli.* Le fouet, dont il se sert pour fustiger la frivolité de Célimène, la vanité d'Oronte, la pédanterie des deux marquis, n'aurait pas cinglé avec autant de virulence.

Pour avoir agi de la sorte, on peut même conclure, qu'en dehors d'autres misères, il devait aussi être atteint de constipation opiniâtre, malgré les irrigations intimes dont on a tant abusé sous le règne de Louis XIV ; il s'en est trop moqué, pour ne pas avoir dédaigné de recourir pour son propre compte à l'artillerie humide.

Il n'y a rien d'acariâtre comme les personnes qui ne jouissent pas de la liberté intestinale ; elles se vengent de l'avarice de leur rectum par la prodigalité de leurs propos ; le fiel qu'elles n'expulsent pas, semble avoir enduit leur plume.

mentation de l'excitabilité du nerf et combat ainsi directement le symptôme caractéristique de la paralysie. Il arrive souvent qu'un nerf, absolument inexcitable au commencement de la première séance, est parfaitement excitable après l'électrisation monopolaire négative ; il arrive fréquemment aussi que la contractilité volontaire, entièrement disparue depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, reparaît après la première séance, ce qui est d'un excellent pronostic et permet de promettre la guérison en moins de dix séances.

La seconde partie du traitement consiste dans l'excitabilité du nerf, de ses branches, ou des muscles à l'aide du courant galvanique interrompu. On doit s'appliquer, pour obtenir l'intensité convenable, à régler la force électromotrice et la résistance, de façon à éviter un état variable trop rapide et une contraction trop brusque, ceci est surtout important pour les applications à la tête. L'excitation galvanique des contractions a surtout pour but d'améliorer la nutrition du muscle, elle remplace partiellement au moins l'action trophique des centres, ainsi que le prouve les améliorations obtenues dans des cas d'atrophie musculaire progressive, cas dans lesquels on peut faire rétrocéder et empêcher l'atrophie par une excitation galvanique des muscles répétée tous les jours, et cela sans agir sur les centres nerveux. L'excitation faradique ne donne pas les mêmes résultats : sur plusieurs de nos malades qui avaient été traités par la faradisation avant de s'adresser à nous, elle a paru accélérer l'atrophie musculaire. Cela tient probablement à ce que, avec les courants faradiques, la durée de l'état variable est trop courte. On pourrait peut-être alors utiliser les courants faradiques, en plaçant dans leur circuit un rhéostat de grande résistance, de façon à prolonger la durée de l'état variable, mais M. Leduc n'a pas une expérience suffisante de ce dispositif pour pouvoir en discuter la valeur pratique.

Il pratique les séances d'électrisation au nombre de trois ou deux par semaine.

Sur vingt-trois paralysies faciales, d'une durée d'une semaine à trois mois, qu'il a traitées comme il est indiqué dans cette note, il a obtenu la guérison avec une moyenne de sept séances.

Les abus de l'énucléation oculaire.

« Jusqu'à ces derniers temps, dit M. *Panas*, dans une importante communication à l'Académie de médecine, la crainte de l'ophthalmie sympathique portait à faire l'énucléation le plus tôt possible. Or, sur 5.000 malades qui viennent chaque année à l'Hôtel-Dieu, nous ne voyons pas en moyenne un malade atteint d'ophthalmie sympathique. Cette affection paraît être devenue plus rare depuis les pansements antiseptiques. Ainsi l'ophthalmie sympathique, affection rare, ne doit plus provoquer de pareilles hécatombes d'yeux énucléés. Nous conservons aujourd'hui autant que possible les yeux atteints de traumatismes même graves. C'est donc là un grand progrès de la chirurgie conservatrice.

« L'énucléation n'est pas une opération absolument inoffensive. Un certain nombre de cas ont été suivis de méningo-encéphalite ou même de tétanos. Mais surtout, la grande objection contre cette opération est d'abord la difformité. Un certain nombre d'individus ne peuvent trouver de place parce qu'ils ont un œil de verre. D'autre part, ces pièces artificielles constituent une véritable dépense, lourde pour beaucoup de personnes. Enfin, la cavité oculaire est habituellement le siège d'un écoulement assez abondant, de bourgeonnement ; une fois même M. Panas a vu un bouton cancroïdal se développer sur la cicatrice. Il y a enfin une excellente raison pour ne pas faire l'énucléation, c'est qu'avec un moignon les pièces artificielles vont beaucoup mieux que lorsque l'énucléation a été complète. Je réserve donc actuellement l'énucléation aux cas de tumeur maligne de l'œil, qui sont très rares.

« Dans les cas de staphylomes, Desmarres se bornait à amputer la moitié antérieure de l'œil, ce qui donnait lieu d'ailleurs à de très mauvais moignons. Critchett enlevait le tiers antérieur

---

Le mécontentement déclamatoire de Rousseau, ses rancunes de déclassé et de sectaire, ses sensibilités emphatiques durent avoir la même cause obstructionniste.

Tout ce persiflage fut d'ailleurs dépensé en pure perte, étant donnée la grande inutilité de la révolte et des imprécations. Aucun des personnages visés ne voulut se reconnaître et se corriger : Alceste et Clitandre, Cléonte, Timante, Adraste et Damis ne perdirent rien de leurs prétentions, de leur afféterie, de leur phraséologie maniérée. Les courtisans de Versailles continuèrent à exagérer la recherche de l'hôtel de Rambouillet, ou le burlesque Scarron, à rimer en un style précieux et quintessencié, à colporter des épigrammes, des médisances, des subtilités galantes et littéraires.

Quant à Alceste, il ne tarda pas probablement à avoir des coliques hépatiques, après tant de secousses. — Obligé de renoncer à la main d'une coquette qui l'attirait, il fut plus sauvage, plus épineux que jamais. Ce n'est pas de la morale qu'il aurait fallu lui faire ; c'est un purgatif énergique qu'on aurait dû lui administrer.

La même recette réussit très bien aux inquiétudes vagues, aux craintes et aux dégoûts sans cause, aux continuels froissements des êtres qui s'écoutent trop, aux pessimistes les plus ténébreux de notre époque, aux disciples de Schopenhauer qui dénigrent l'existence, la trouvent trop décevante et exaltent le néant avec extravagance. La prétendue croix qu'ils sont censés porter sur leurs épaules perd sa lourdeur, dès qu'ils peuvent aller facilement et copieusement là où vous savez. — Leur âme cesse d'être triste jusqu'au suicide, jusqu'au vulgaire réchaud de charbon, du jour où ils peuvent s'épancher sans aucune réserve fâcheuse.

Plus de brutales excessivités, ni de révoltes, dès que le ciel est sans nuages et leur abdomen sans mystères !

Les molièristes vont se révolter et m'accuser à mon tour de ne pas avoir toute mon indépendance cœcale, pour oser m'attaquer aux mâles beautés de cette pièce, tout comme les ridicules confectionneurs de sonnets qui, au dix-septième siècle, l'accueillirent si froidement. Ils firent preuve de peu de goût, j'en conviens ; la bonne compagnie d'alors était évidemment aussi peu éclairée que le petit peuple du parterre.

Cela ne m'empêchera pas de persister dans mon affirmation, à savoir que le pessimisme outré d'Alceste, qui est poussé jusqu'à la monomanie, correspond à un état pathologique. — J'en dirai autant

du globe, puis faisait une suture, c'était déjà meilleur, mais on a abandonné cette opération parce qu'on lui reprochait de ne pas mettre à l'abri de l'ophthalmie sympathique et de provoquer des hémorrhagies intra-oculaires. Warthon Jones allait d'emblée enlever le cristallin ; cette simple opération lui paraissait suffisamment anti-staphylomateuse et antiglaucomateuse. C'est l'école anglaise surtout qui a mis à la mode l'énucléation, opération qui est restée très en vogue en Angleterre, mais contre laquelle on a beaucoup réagi sur le continent.

« J'ai appliqué dans deux cents cas déjà un nouveau procédé opératoire, que j'emploie chez des enfants, chez des adultes, chez des vieillards et qui donne un bon résultat dans tous les cas. Dans les cas de glaucome, cette opération ramène l'œil à une tension normale. Mes premiers faits remontent à huit ans, les derniers à un an au minimum et dans un cas seulement, j'ai dû faire ultérieurement une énucléation, parce que l'œil était douloureux, mais un morceau de verre était resté inclus dans le moignon. L'exception confirme la règle.

« La raison pour laquelle dans les glaucomes chroniques on enlevait l'œil, c'est la crainte d'une hémorrhagie intense menaçant l'œil après la moindre ponction. Or cette hémorrhagie tant redoutée ne m'est arrivée que deux fois ; dans le second cas, j'ai fait de la forcipressure en arrière du globe ; j'ai fait l'évidement de l'œil, mais non l'énucléation.

« Dans les cas de staphylome, l'iris est généralement adhérent à la cornée, mais les parties postérieures sont saines. Aussi, je n'enlève que la cornée, en laissant même un petit liseré de cette membrane ; c'est une kératectomie. Je fais en même temps l'iridodyalise, j'enlève tout l'iris. Le cristallin vient faire saillie ; c'est à ce moment que l'hémorrhagie, très rare, peut se produire. J'enlève le cristallin quel que soit son état : on perd une petite quantité de vitré ; pour en perdre peu, je traverse d'abord le globe de l'œil avec une aiguille de Reverdin et je passe un fil. Si le corps vitré tend à sortir en trop grande quantité, je noue immédiatement ce fil. Je passe ensuite deux autres fils en pleine sclérotique. Il y a alors à chaque extrémité de cette plaie un angle que je résèque, ce qui donne un moignon parfaitement arrondi.

« J'ai fait cette opération même dans un cas d'ossification de la choroïde, en enlevant ces plaques ossifiées. Le résultat a été excellent. Si pendant l'opération il se fait une hémorrhagie, on en est quitte pour compléter l'éviscération. De même, si on tombe sur de l'hyalitis suppuré, ou sur un corps étranger, il faut compléter l'éviscération. »

Traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées.

M. le Dr *Leduc*, de Nantes, préconise un procédé d'*aspiration* laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires, les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire, et, cela, avec une perfection et une sûreté parfaites ; la poudre entraînée par le courant d'air aspiré, recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée, d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules les parties externes des cordes vocales, qui, pendant l'aspiration se trouvent dans l'abduction, ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur, et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas ; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire ; la poudre, entraînée

---

des autres misanthropes si difficiles à apprivoiser, comme Werther, Réné, Obermann ; ce sont bien des malades peu conciliants que Goëthe, Châteaubriand et le baron de Sérancourt nous ont décrits ; ils ont même le tort de vouloir rendre la société responsable de leur travers.

Pourquoi ne les a-t-on pas envoyé se refaire dans une station thermale ou au bord de la mer, à l'instar du misanthrope de Marmontel, qui, retiré à la campagne, perd sa mauvaise humeur, en devenant témoin de la simplicité et des vertus domestiques de son nouvel entourage. Le grand air et un régime rafraîchissant, végétarien, ne durent pas être étrangers non plus à ce changement, car on est fixé depuis longtemps sur la prétendue innocence des champs. — On savait à quoi s'en tenir, même avant les accusations de l'auteur de la Terre.

Qu'il me soit permis de conclure en disant que les boutades hyberboliques et l'amère psychologie d'un grand nombre d'écrivains, dégoûtés de tout et d'eux-mêmes, sont plus ou moins liées à leur état de santé.

Pour en donner la preuve, je n'aurai qu'à nommer parmi les modernes, Baudelaire, Flaubert, Guy de Maupassant. — Ce dernier auteur, dans *Une vie*, est-il assez macabre, assez désespérant ! Aussi, *il* a fini par la folie.

Parmi les ouvrages récents, je me contenterai de faire allusion à *La Cathédrale* de Huysmans : Son Durtal n'est aussi qu'un déséquilibré, avec ses *indésirs*, son état *d'anémie spirituelle*, son âme *qui garde la chambre* et traîne somnolente sur une chaise longue.

Son mysticisme est suspect et factice ; ce n'est qu'un prétexte pour s'analyser avec complaisance, toucher *à l'horlogerie déréglée* de son moi, décrire avec orgueil *les salles de son château interne* et les *perspectives confuses de son être*. Il a besoin d'être soigné.

Quelle différence avec Balzac, un colosse, un hercule, qui lui aussi a accumulé les portraits satiriques, mais sans les pousser au noir d'une façon outrée.

Et le bon père Dumas, quelle sève, quelle bonne humeur, quelle sociabilité, quel optimisme, mais aussi quelle bonne fourchette, quel estomac, quelle gaillardise : Ah ! Son système nerveux n'était pas dé semparé et ne jouait pas le principal rôle dans ses inspirations !... Dr Grellety (de Vichy).

par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche, ni dans le pharynx.

On n'emploie comme médicament que le di-iodoforme en poudre impalpable, quatre à huit aspirations par jour suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur, on ajoute au di-iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne, ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine, et on prescrit :

Di-iodoforme........... 8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 08 centigr. en poudre impalpable deux à six aspirations par jour.

Ou bien :

Di-iodoforme.......... ... 8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne... 0 gr. 08 centigr.
Chlorhydrate de morphine. 0 gr. 04 centigr.
en poudre impalpable.

M. Leduc a essayé beaucoup d'autres poudres, en particulier l'orthoforme, mais les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants qu'avec le di-iodoforme. C'est une chose remarquable, que l'iodoforme, qui convient au pansement des tuberculoses locales, ne semble pas convenir au larynx ; on a observé plusieurs cas d'intolérance, se manifestant par une laryngite aiguë, chez des malades pour lesquels le pharmacien avait cru pouvoir substituer l'iodoforme au di iodoforme. .

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hypertrophie de la rate et leucocythémie (1).

I

Hôpital de la Charité : M. le Professeur Tillaux.

La malade dont je désire aujourd'hui relater l'observation, est une femme, jeune encore, atteinte d'une affection heureusement assez peu commune. Son histoire permettra d'établir en passant quelques-unes des règles générales qui doivent présider au diagnostic délicat des tumeurs de l'abdomen.

Il y a six mois environ, cette personne constata, pour la première fois, l'existence d'une tumeur développée dans le ventre. Déjà, depuis plus de trois ans d'ailleurs, sa santé générale s'était sensiblement altérée ; elle s'était plainte de troubles dyspeptiques, d'amaigrissement notable, de diminution rapide, mais momentanée, de l'acuité visuelle due vraisemblablement à une rétinite transitoire, dont nous retrouvons maintenant des traces certaines par l'examen ophtalmoscopique.

Actuellement, son état est, il faut bien le reconnaître, des plus précaires et, entre autres signes graves, elle a perdu 24 kilogrammes de son poids. Ces différents anamnestiques d'ailleurs, ont tous leur importance et viennent se grouper autour du symptôme capital celui dont la malade se plaint avant tout, celui pour lequel elle vient à l'hôpital ; je veux dire la tumeur de l'abdomen.

En étudiant le siège de celle-ci, on constate qu'elle commence en haut dans l'hypochondre gauche pour descendre ensuite dans le flanc correspondant jusqu'à la fosse iliaque. En avant, elle avoisine l'ombilic et en arrière sa limite postérieure se perd dans la masse sacro-lombaire : somme toute, elle occupe donc une grande partie de la cavité abdominale du côté gauche.

En palpant la tumeur, on se rend facilement compte qu'elle est lisse, régulière, sans saillie et sans nodosité. Immédiatement en contact avec la paroi abdominale, aucun liquide n'est interposé entre elle et cette même paroi : En outre, sa consistance est ferme, presque dure au toucher et elle présente un caractère clinique d'une très grande importance, sur la nature duquel j'insiste tout particulièrement.

Lorsque nous recherchons par la palpation comment et en quel point la tumeur vient prendre fin, nous constatons qu'en haut, la terminaison est nette, faite par un rebord vertical dur et saillant, facile à sentir ou pour mieux dire à *accrocher*, en quelque sorte avec la pulpe digitale. Ce caractère très net à la partie supérieure devient, il est vrai, de moins en moins perceptible à mesure que l'on descend au-dessous de l'ombilic.

La percussion, très importante en l'espèce, doit être pratiquée avec soin de haut en bas et transversalement. Dans les deux cas, on rencontre une matité complète allant en arrière jusqu'à la masse sacro-lombaire : il n'y a donc aucune anse intestinale interposée entre la tumeur et la paroi abdominale, car l'intestin est manifestement sonore. Si maintenant nous percutons l'abdomen autour de la tumeur, nous reconnaissons aisément la matité *normale* du foie et nous trouvons aussi un peu au-dessous de la dépression ombilicale le son nettement hydroaérique de l'estomac refoulé en bas et en avant par le néoplasme.

Pour compléter cet examen, j'ai cherché à établir si la tumeur était mobile. Or, elle ne l'est pas, et on n'obtient aucun déplacement ni à la palpation bimanuelle, ni par les mouvements de la respiration. La palpation, en outre, provoque de la douleur, surtout aux confins du néoplasme.

Enfin, l'examen des urines fait avec le plus grand soin n'a décelé aucune altération pathologique, ni sucre, ni albumine, ni quoi que ce soit, ce qui prouve bien l'intégrité fonctionnelle des reins.

En présence d'une semblable situation, la première question à poser est celle du siège de la lésion et il faut se demander primitivement en quel organe elle réside. Avec les caractères cliniques mentionnés plus haut, trois organes seulement peuvent servir de foyer à la tumeur : le lobe gauche du foie, le rein gauche ou la rate.

On peut éliminer d'emblée le lobe gauche du foie. Pour reconnaître, en effet, qu'une tumeur appartient au foie, il faut rechercher si la matité normale du foie se continue ou non, avec la matité de la tumeur, si en un mot il existe entre elles une zone de sonorité interposée.

(1) Les hasards de la clinique nous ont permis de recueillir presque simultanément, deux leçons sur le même sujet. Nous croyons avantageux de réunir ensemble l'étude de diagnostic chirurgical de M. le Professeur Tillaux et les considérations d'ordre médical de M. le Professeur Hayem dont les travaux sont classiques en matière de leucémie.

Dr P. L.

Le reste du foie étant entièrement sain, cet essai clinique, pour notre cas particulier, entraîne l'élimination de cette première hypothèse.

S'agit-il d'un néoplasme du rein gauche ?

La question est plus difficile, la matité du rein et celle de la rate se confondant un peu. Pour différencier les tumeurs de ces deux organes, il faut se baser sur le caractère suivant : lorsque le rein gauche se développe outre mesure, de façon à faire tumeur, il est obligé de refouler devant lui, le côlon descendant qui lui est appliqué hermétiquement. Il en résulte qu'en percutant soigneusement, 99 fois sur cent, on trouve une zone, une bande de sonorité due au côlon qui coupe la tumeur en écharpe. Parfois même, en répétant l'examen, on finit par apercevoir cette bande, quand l'intestin se remplit de gaz.

Un tel signe doit être pathognomonique, et, quand on le trouve, il y a lieu de diagnostiquer une tumeur du rein.

Or, chez notre malade, il n'existe pas.

Reste donc en dernier lieu l'hypothèse d'un néoplasme de la rate.

Est-ce bien aux dépens de cet organe que s'est développée notre tumeur ?

Oui, je l'affirme.

D'abord, parce que je ne vois plus d'autre organe à qui la rapporter : puis aussi parce que, seule, la rate, dans l'abdomen, peut donner naissance à un rebord aussi saillant, aussi net, que celui en présence duquel je me trouve. Le rebord en question est, lui aussi, pathognomonique et son existence permet d'affirmer qu'il s'agit de la rate.

Le siège de l'affection établi, une deuxième question se pose pour ce qui concerne sa nature.

S'agit-il d'une tumeur proprement dite, un kyste de la rate par exemple, ou est-ce une rate hypertrophiée ?

La réponse est simple : dans le cas d'un néoplasme la conformation de la rate, et, en particulier, le rebord intérieur ne sont pas conservés.

Chez notre malade, ce n'est donc pas une tumeur, mais bien une hypertrophie.

Quel genre d'hypertrophie ?

S'agit-il de cancer, de sarcome ?

Assurément non, car alors il existe de l'ascite, et la tumeur est irrégulière et non lisse.

S'agit-il de dégénérescence amyloïde de la rate ?

Non plus, l'amyloïde de la rate apparaissant au cours de suppurations prolongées, existe toujours avec l'amyloïde du rein et du foie et la rate alors est molle, non dure.

Serait-ce un lymphadénome de la rate ?

Je ne le crois pas, car le lymphadénome est généralisé et envahit habituellement plusieurs organes.

Serait-ce une hypertrophie paludique ?

Non, la malade n'a jamais eu de fièvres intermittentes.

Serait-ce enfin une hypertrophie essentielle (splénomégalie simple), ou bien une hypertrophie leucémique ?

Nous sommes évidemment en présence d'une rate leucémique et la malade est atteinte de leucocythémie, comme le montrent l'amaigrissement, les phénomènes généraux et la cécité dont elle a souffert depuis 3 années. Et la preuve irréfutable de ce diagnostic nous la trouvons dans l'examen microscopique du sang ; il nous montre l'existence d'un globule blanc pour 2, 5 globules rouges, alors que normalement la proportion est de 1 pour 300.

Cette malade est donc atteinte de rate leucémique, de leucémie pour mieux dire, et un tel diagnostic doit immédiatement faire porter un pronostic des plus défavorables, l'affection dont il s'agit, étant particulièrement grave, fatale, à brève échéance même, dans notre cas particulier.

Existe-t-il maintenant une médication, un traitement chirurgical à opposer à cette maladie ?

La chirurgie de la rate est entrée, il est vrai, depuis quinze ou vingt ans dans une voie nouvelle avec bien souvent des résultats heureux ; on a proposé et pratiqué nombre de fois la splénectomie, l'extirpation de la rate, mais cette opération doit être réservée aux tumeurs et aux hypertrophies essentielles de l'organe, à l'exclusion rigoureuse des rates leucémiques : il est même indispensable de s'assurer avant toute splénectomie que le sujet n'est pas atteint de leucocytémie.

Non pas que l'intervention soit difficile en pareil cas, bien au contraire ; mais il est essentiellement illogique, n'est-il pas vrai ? d'enlever un organe malade secondairement, comme la rate leucémique. Il est démontré par l'expérience, en outre, que les malades ainsi opérés, meurent d'hémorrhagie dans les jours suivant l'opération.

II

Hôpital Saint-Antoine. M. le Professeur Hayem.

Parmi les maladies de l'appareil hématopoiétique, une des mieux caractérisées est assurément l'affection à laquelle Virchow a donné le nom de leucémie ou leucocythémie. D'une façon générale, elle comporte essentiellement :

1° Des lésions des principaux organes hématopoiétiques (rate, moelle des os, etc.) avec ou sans production de tumeurs connues sous le nom de lymphomes.

2° Un état particulier du sang dans lequel se montre une surabondance anormale de globules blancs.

Toutefois, cette question est encore obscure et mal connue, car les problèmes relatifs à l'évolution physiologique des éléments du sang, au mode de fonctionnement des organes hématopoiétiques, sont encore à l'étude.

Quoi qu'il en soit, un des points les plus importants de la leucémie, la base même du diagnostic, repose sur l'examen microscopique du sang, c'est-à-dire sur la recherche du nombre et de la structure des globules blancs et rouges.

A l'état normal, chez l'homme adulte, vous le savez, les globules rouges sont toujours dépourvus de noyau et on les reconnaît aisément sous le champ du microscope. Quant aux globules blancs, ils sont assez variés comme forme, et j'en ai admis trois variétés principales :

a) Le globulin représenté par un noyau relativement volumineux et une petite masse protoplasmique non amiboïde.

b) La deuxième variété, de taille moyenne, plus abondante que la précédente, possède des noyaux multiples et est amiboïde.

c) La troisième variété enfin est le leucocyte granuleux.

A l'état pathologique, dans la leucémie, quelles sont les altérations des éléments du sang que l'on peut rencontrer ? Elles sont assez nombreuses. On peut observer d'abord des globules rouges munis de noyaux, caractère important à retenir, pour les cas difficiles. Lorsque vous trouverez sous le microscope des hématies à noyau, diagnostiquez alors la leucocythémie ou une grande anémie.

L'importance de ce signe est donc capitale.

Les globules blancs, de leur côté, sont altérés qualitativement et quantitativement.

Qualitativement les leucocytes prennent volontiers alors dans cette affection une taille géante, ils s'hypertrophient.

Quantitativement, ils sont beaucoup plus nombreux dans le sang, qu'à l'état normal. On m'a souvent demandé à partir de quel chiffre il était possible d'affirmer la leucémie. La réponse à cette question est assez difficile, étant donné que dans certaines circonstances, chez les enfants par exemple, les globules blancs sont plus abondants. Néanmoins, chez l'adulte, on peut dire que *la présence de 30 à 50.000 globules blancs* doit faire songer à la leucocythémie, lorsqu'il n'existe ni phlegmasie, ni cancer pour expliquer l'excès de leucocytes.

Le diagnostic une fois établi entraîne fatalement un pronostic des plus graves, la maladie étant mortelle et se rapprochant des cancers, par sa nature.

Quant au traitement, il sera tantôt arsenical, tantôt organothérapique. L'extirpation chirurgicale de la rate n'est pas à conseiller.

Vous pouvez dès lors donner au malade de l'extrait de rate, de la moelle des os : dans une affection aussi grave, vous ne risquez rien. La moelle des os est le médicament le plus en faveur. Il est simple et sans danger.

(Leçons recueillies par le Dr P. Lacroix.)

CLINIQUE INFANTILE

La fièvre de digestion chez les enfants.

(Dr J. Comby.)

Le laboratoire de poisons qu'est le tube digestif, n'est à aucun âge plus actif, plus menaçant, qu'à l'âge tendre, et on peut dire que la gravité des *auto-intoxications* d'ordre digestif est en raison inverse de l'âge.

Chez les nouveau-nés, chez les nourrissons, les effets de la *toxi-infection* sont parfois foudroyants, et la mortalité par cette cause est effrayante. Dans la seconde enfance, les accidents s'atténuent quoiqu'ils puissent de temps à autre nous offrir le tableau du choléra infantile.

Mais, d'autres fois, nous avons la *menue monnaie* de ces états morbides, et, sous le nom de *fièvre de digestion*, nous allons précisément décrire les manifestations fébriles légères ou de moyenne gravité en rapport avec une élaboration vicieuse des aliments.

La fièvre de digestion est connue depuis longtemps, mais à Charrin revient le mérite de l'avoir bien étudié et de lui avoir imposé ce nom.

Pour lui, les sécrétions digestives sont pyrétogènes, et si la fièvre qui en dérive a des allures intermittentes, cela tient à l'intermittence même de ces sécrétions. Il ne faut donc pas attaquer l'intermittence par la quinine, mais remonter à la cause, c'est-à-dire modifier le régime de l'enfant. Un de nos distingués confrères, le Dr H. Grasset, de Nogent-sur-Marne, a décrit avec soin ces accidents.

Les enfants chez qui se présente cette fièvre de digestion sont déjà grands, ils sont sevrés depuis plus ou moins longtemps, ils mangent de tout comme leurs parents, et, par suite, sont plus exposés que les nourrissons à commettre des excès alimentaires. C'est dans la seconde enfance, entre 3 et 10 ans, que l'on rencontre surtout la fièvre de digestion.

On apprend que tous ou presque tous sont des dyspeptiques habituels, latents ou manifestes; la plupart ont été nourris au biberon, ont marché tard, ont été rachitiques ; de bonne heure ils ont été soumis à une alimentation défectueuse; ils sont devenus gros mangeurs, grands buveurs. Aucune règle n'a présidé ni à leurs repas, ni à la qualité ou à la quantité des aliments et des boissons qu'on leur a donnés.

Souvent, on retrouve chez eux les symptômes permanents de la dyspepsie atonique, de la dilatation de l'estomac, etc.

Mangeant trop ou mal, buvant trop, mangeant des aliments indigestes, buvant du vin, des liqueurs fermentées, les enfants sont toujours en imminence d'accidents aigus, greffés sur une dyspepsie chronique. L'influence des saisons ne semble pas appréciable. Toutefois les chaleurs de l'été, en portant les enfants à boire plus que de coutume, favorisent peut-être l'apparition des accidents.

L'enfant se présente à vous, pâle, sans appétit, sans force et sans énergie. Il a tous les soirs, quelques heures après le repas, un accès de fièvre généralement modérée. Il vient de se coucher et tarde à s'endormir ; il est agité, ses pommettes rougissent, son corps présente de la moiteur ou des sueurs abondantes, la peau est chaude au contact ; la nuit est mauvaise, le sommeil est interrompu par des cauchemars. Le matin, l'enfant n'a plus de fièvre, mais il reste pâle et languissant comme d'habitude.

Les accès peuvent revenir tous les soirs ou seulement de temps à autre, avec des écarts plus ou moins longs, qui varient de quelques jours à une, deux, trois, quatre semaines et davantage.

Le plus souvent la fièvre est modérée; le thermomètre marque 38° ou 38°5, quelquefois l'accès est fort (40°, 41°) et prolongé ; au lieu de quelques heures, il dure un à trois jours ; les grands accès ne se voient que dans les formes à retours éloignés.

Quand on a étudié les enfants qui présentent ces accès fébriles, on voit qu'ils n'ont rien du côté du foie et de la rate ; ils ne sont pas sous le coup de l'infection palustre. Mais leurs digestions laissent à désirer ; il y a de la constipation habituelle, de l'anorexie plus souvent que de la boulimie, de la polydypsie presque toujours, quelquefois des selles fétides. La langue est généralement saburrale.

Les formes du mal sont variables, l'important est de les reconnaître, ne pas croire surtout à des fièvres palustres. Quand le traitement inter-

vient de bonne heure, le malade guérit assez vite, et le pronostic n'offre aucune gravité. Sinon les troubles digestifs s'aggravent et à la fièvre de digestion se substitue une gastro-entérite plus ou moins grave, de l'entérite mucomembraneuse, etc., etc.

Le traitement comprend : 1° un bon régime, condition *sine qua non* ; 2° quelques médicaments eupeptiques.

On se gardera de donner la quinine, le quinquina et les toniques alcooliques en général, qui ne feraient qu'aggraver la situation. Cette thérapeutique incendiaire doit être écartée absolument.

Régime alimentaire. — On interdira l'usage du vin et des mets excitants ou échauffants, sauces épicées, acidités, sucreries, pâtisseries, charcuterie, viandes faisandées. On ne donnera pas la viande crue dont la pâleur des enfants semble indiquer l'emploi. Cette viande crue, comme les crudités en général, favorise les fermentations anormales du tube digestif et aggrave la situation.

Les enfants seront soumis à un régime surtout végétarien ; pain grillé, panades et soupes épaisses, purées de légumes secs, œufs, œufs au lait, fruits cuits, etc.

On donnera, une fois par jour seulement, des viandes tendres : cervelles, ris de veau, côtelettes d'agneau, poulet, pigeon, etc.

Les repas seront au nombre de trois seulement : le 1er à 7 ou 8 heures du matin, léger ; le 2e à 11 ou 12 heures, copieux ; le 3e à 6 ou 7 heures du soir, moins abondant.

Le taux des boissons sera réduit.

L'enfant devra se contenter, à chaque repas, d'un verre (200 grammes environ) de lait ou d'eau.

En résumé : pas d'alcools, pas d'aliments durs, crus, indigestes ; usage très modéré de la viande, aliments bien cuits, en purée le plus souvent, peu de boissons.

2° *Médicaments.* — Les enfants étant habituellement, pour ne pas dire toujours, constipés, il faut lever cet obstacle qui favorise l'auto-intoxication. Cela ne veut pas dire qu'il faut user ou abuser des purgatifs et des lavements. Les purgatifs n'agissent que momentanément, ils irritent l'intestin, et laissent après eux une coprostase aussi opiniâtre qu'avant leur emploi. Les lavements distendent le gros intestin, accroissent sa paresse et son inertie ; d'où la nécessité d'y avoir recours journellement. Ce n'est pas une solution.

A l'aide d'un bon régime, dans lequel on fera entrer quelques aliments laxatifs par eux-mêmes (épinards, oseille, chicorée cuite, pruneaux, marmelade de pommes), on arrivera à la longue à obtenir des garde-robes quotidiennes et spontanées. Pour compléter l'effet du régime, on donnera, pendant plusieurs jours, une petite dose de magnésie ou de rhubarbe associée à quelques substances antiseptiques et eupeptiques, soit :

Bicarbonate de soude....	0 gr. 30
Magnésie calcinée........	0 gr. 25
Poudre de noix vomique..	2 à 3 centigr.

Pour un paquet ; en prendre deux par jour, avant le repas, dans une cuillerée à café de lai ou d'eau sucrée.

Continuer pendant huit à dix jours.

Donnez également de la pepsine. Quand l'enfant a la langue saburrale on lui donne le calomel à doses fractionnées :

Calomel à la vapeur......	1 à 2 centigr.
Sucre de lait............	50 centigr.

Pour un paquet, en prendre 4 ou 5 dans la journée (un toutes les deux heures), pendant trois ou quatre jours. Il est bien rare que cette thérapeutique reste sans effet ; pour mon compte, je ne l'ai jamais vue en défaut.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français.

M. le Dr Just Navarre vient de publier sous ce titre, dans le « Lyon Médical », un appel, dont nous tenons à nous faire l'écho.

Si, après quatre années de gestion de l' « Association amicale », nous sommes forcés de faire toutes réserves au sujet de ses appréciations sur le rôle des Caisses d'indemnité-maladie, nous ne pouvons qu'applaudir à ce qu'il dit de la Caisse des pensions et souhaiter que cette fille aînée du Concours Médical prenne le développement rêvé par tous ceux qui ont le souci de voir la prévoyance couvrir le plus possible les risques de notre avenir professionnel.

Notre confrère s'exprime en ces termes :

Quand il s'est agi de créer à Lyon la caisse Indemnité-maladie, je n'ai pas caché au Bureau de l'Association des médecins du Rhône, dans les discussions préliminaires, mes préférences pour une Caisse de retraite.

Certes, l'une et l'autre répondent à des besoins réels, et loin de moi, la pensée de blâmer une institution de prévoyance, quelle qu'elle soit. La Caisse indemnité-maladie n'aurait-elle que l'avantage d'habituer le médecin à songer pratiquement au lendemain, que son bienfait serait déjà appréciable. Il semble que la profession médicale, en nous imposant d'*étudier* toute notre vie, nous laisse aussi quelque peu de l'insouciance de l'étudiant. Mi-artiste, mi-étudiant, tel est, à quelques rares exceptions près, le fond du médecin français.

Mais les avantages de l'indemnité-maladie ne sont pas tels, qu'une clientèle, même mince, ne puisse permettre de s'assurer contre la maladie aiguë, qui ne se répète plusieurs fois, en somme dans le cours d'une existence médicale, qu'en de rares occasions et à de rares intervalles. Et la Caisse-indemnité aura rarement à payer au même médecin, dans le cours de sa carrière, trois fois trente jours de maladie pour des affections aiguës. Neuf cents francs en vingt-cinq ans de pratique, cela peut en somme s'économiser et je ne puis admettre, quelque conscient que je sois des misères de la vie médicale, que le praticien le plus imprévoyant ne puisse s'assurer contre cet aléa.

Contre la maladie chronique, l'Assurance-indemnité-maladie prend toute son importance et se présente bien avec un caractère de nécessité. Mais qu'elles sont minces alors les ressources qu'offre la Caisse contre la maladie chroni-

que et son cortège de misères ! Et puis, ces 1.200 francs de rente viagère qui s'achètent au prix de l'incurabilité, quelle perspective !

J'avais donc résumé, devant le Bureau, mon opinion sur l'opportunité de la Caisse indemnité-maladie, en disant que je la croyais utile dans les cas de maladies aiguës, insuffisante, dans les cas de maladies chroniques.

Cette Caisse prospère, nous dit son zélé et cher trésorier ; elle prospérera plus encore, en tant que Caisse, je n'en doute pas ; mais j'estime, jusqu'à plus ample informé, qu'elle ne rendra pas d'autres services, et d'une autre nature, que ceux que pourrait rendre une société de secours mutuels à cotisation élevée

Mais si, pour la grande majorité, nous pouvons espérer échapper à la maladie aiguë, ou du moins nous assurer nous-même aisément contre elle, si la maladie chronique avant la soixantaine est, en somme, relativement peu fréquente parmi nous, la vieillesse nous attend tous, — tous, car s'il faut en croire Ménandre, celui qui est aimé des dieux meurt jeune —, anticipée plus ou moins, mais que l'on peut d'une manière générale fixer à soixante ans. Les confrères de cet âge ne manquent pas d'en accuser le poids et ils se reposeraient volontiers, ou diminueraient leurs occupations, « si quelque dieu leur faisait ce loisir ».

Je pourrais développer en de longs motifs cette proposition qu'il est peu de tristesse comparable à celle qu'éprouve un vieux médecin lâché par sa clientèle, pour cause de vieillesse. Je me contente de l'énoncer. Mais, si je parle à des avertis, la conclusion s'impose : c'est que nous sommes d'une impardonnable imprévoyance de ne pas songer *pratiquement* à cette inéluctable échéance de la soixantaine.

La raison du présent article ? J'ai dû croire que *la Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, fondée en 1884, est bien peu connue dans notre région, car nous n'y sommes que deux adhérents.

Cette fondation est un exemple probant que le grec et le latin, devenus odieux à M. Lemaître — l'ingrat —, ne font pas nécessairement que des veules et des désarmés. Je retrouve parmi les fondateurs trois de mes camarades de la vingtième année : les docteurs Lande, Verdalle, Rousseau-Saint-Philippe, médecins des hôpitaux de Bordeaux. Peu d'affaires financières ont été aussi bien étudiées et emmanchées que celle-ci le fut par M. Lande, agrégé et médecin des hôpitaux ; peu, aussi bien gérées que celle-ci l'est par M. Verdalle, médecin des hôpitaux.

La Caisse des retraites est à la fois une Société financière de premier ordre et une œuvre d'assistance mutuelle.

Comme Société financière, elle présente cette admirable exception que les frais généraux ne s'y élèvent pas à 1.500 francs par an et qu'aucun actionnaire ne réclame de dividende, ce qui permet une baisse des tarifs, surprenante au premier abord.

Elle possédait, au 31 décembre 1897, 688.103 francs en trois caisses :

Un capital inaliénable.... Fr.	525.246. 87
Une caisse de réserve........	157.867. 63
Une caisse auxiliaire.........	4.989.14

La caisse de réserve, sage prévoyance, pour parer à la baisse du taux de l'intérêt ; la caisse auxiliaire, pour parfaire au besoin les versements d'un confrère momentanément empêché de remplir ses obligations, ou pour permettre de liquider sa retraite anticipée, s'il est devenu infirme et incapable de continuer la profession, comme aussi la retraite d'une veuve participante.

Le capital inaliénable a été formé par l'accumulation de tous les capitaux, revenus, cotisations, etc., pendant les dix premières années. Tous les ans, ce capital inaliénable reçoit 25 % des recettes disponibles. Il est intangible ; c'est lui qui constitue le fonds social,

La Caisse de réserve doit assurer le service des retraites au cas où les revenus ordinaires seraient insuffisants. Elle reçoit tous les ans 75 % des recettes disponibles.

La caisse auxiliaire ou d'assistance est alimentée par une retenue annuelle de 1 % sur la recette brute.

En 1894 a commencé le service des retraites. En 1897, vingt-un retraités se partagent la somme de 15.395 fr. 90.

Aujourd'hui (juillet 1898) la fortune de l'Association dépasse 730.000 fr. Les revenus s'élèvent à près de 20.000 fr.

On le voit, dit M. Verdalle, trésorier, en terminant l'exposé d'où je tire ces chiffres, de quelque manière que l'on tourne la question, quelqu'éventualité que l'on suppose pour l'avenir, l'affaire est excellente au point de vue financier Nous avons vu d'autre part, qu'elle est excellente aussi au point de vue professionnel. »

En peu de mots, je dirai l'économie de l'affaire.

Le cas type c'est : entrée à vingt-cinq ans, prime annuelle, 125 francs, retraite de droit, à soixante ans d'âge, de 1.200 francs.

Pour les adhérents entrant après vingt-cinq ans, trois modes de cotisation leur sont offerts :

1° Verser une prime annuelle, variable selon l'âge, pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge, si l'on est entré avant cinquante ans, ou après dix ans de participation, si l'on entre après cinquante ans.

2° Payer une *Entrée* en une fois, variable selon l'âge, pour jouir de la retraite à soixante ans (entrée au-dessous de cinquante ans), ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans), en ne versant qu'une annuité de 125 fr.

4° Ne payer, quel que soit l'âge d'entrée, que l'annuité de 125 francs, pour obtenir à soixante ans (entrée avant cinquante ans), ou après dix ans de versements (entrée après cinquante ans) une retraite proportionnelle au capital acquis.

Si j'ajoute qu'il est permis aux adhérents aux deux premières combinaisons de verser 1/2, 1,1 et 1/2, 2.3, 4 fois la prime, pour obtenir 1/2, 1,1 et 1/2, 2,3, 4 fois la retraite type ; aux adhérents à la troisième combinaison, de verser 1/2, 1, 1 et 1/2, 2, etc., fois l'annuite type de 125 francs, pour obtenir 1/2, 1, 1 et 1/2, 2, etc., fois la retraite proportionnelle, on voit l'élasticité de cette Association et combien elle prête à l'établissement de tous les budgets, modestes ou aisés.

D'autres avantages sont encore consentis à l'adhérent, tel que celui-ci de la non déchéance, pour interruption d'une ou plusieurs années dans ses paiements.

Enfin, la Caisse auxiliaire pour les femmes des

adhèrents, participantes elles-mêmes, demanderait encore un second article. Mais je préfère renvoyer aux statuts (M. le docteur Delefosse, secrétaire général, 22, place Saint-Georges, Paris) et aux comptes-rendus annuels du trésorier de l'œuvre (M. le docteur Verdalle, 5, rue Guillaume-Brochon, Bordeaux).

En résumé : une affaire financière de premier ordre, *gérée gratuitement*, — une œuvre d'Assistance mutuelle en même temps, —un devoir impérieux de prévoyance envers nous-mêmes, tel est le triple aspect sous lequel se présente la Caisse des pensions de retraites du corps médical français, et si vraiment, comme je le disais en commençant, il ne restait en nous médecins, comme un vieux ferment de la bohème du *Quartier*, ce n'est pas 350, mais 5,000 adhérents que nous serions à cette Caisse.

P.-Just Navarre.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Contestations d'honoraires. Prescription.

Mon cher Docteur,

Je reçois ce matin le payement ci-contre dont je vous ai parlé,

La question de l'interruption de la prescription y est très bien posée.

Et ce qui est plus nouveau, *on admet le médecin à comprendre dans sa note les honoraires du chirurgien, qu'il a fait appeler et qui a fait confiance au médecin traitant et non au malade qu'il ne connaissa pas.*

La réduction de la note d'honoraires s'explique parce que le mari de la malade justifiait être complètement ruiné.

Le médecin traitant avait déjà reçu 500 francs à compte et ne se considère pas comme maltraité.

Votre bien dévoué,
G. Gatineau,
Conseil judiciaire du *Sou médical.*

Tribunal civil de première instance de la Seine.

6e Chambre.

Audience du 8 juin 1898.

Le Tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoiries, Gatineau, avocat, assisté de Gillet, avoué du Dr M., Duhamel, avocat, assisté de Fromageot, avoué de G. le ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière ordinaire et en *premier ressort* ;

Attendu que l'opposition de G., au jugement par défaut de cette Chambre du 5 juin 1897, est régulière ;

Attendu qu'il est constant que le Dr M. a donné des soins à la dame G., épouse du défendeur, du mois de septembre 1894 au 5 mai 1895 ; que ces soins sont relatifs à un accouchement et ses suites, et comprennent une opération chirurgicale dite : laparotomie ; qu'il n'est pas contesté qu'on se trouve en présence de visites nécessitées par le traitement d'une même maladie et qu'elles ont dès lors, engendré une créance unique, qui est devenue complète seulement au jour ci-dessus indiqué de la fin de la maladie, que le docteur M., qui reconnaît avoir reçu 500 francs de G., réclame un reliquat d'honoraires qu'il fixe à 2.077 francs ;

Attendu que G. oppose à la demande de M. une exception de prescription basée sur l'art. 2.272 du Code civil modifié par la loi du 30 novembre 1892, en raison de ce que la cessation des soins ayant eu lieu au plus tard le 5 mai 1895 et l'assignation de M., n'étant que du 16 mai 1897, le demandeur est ainsi resté plus de 2 ans dans l'inaction ; Que G. soutient que cette prescription repose sur une présomption légale de paiement contre laquelle aucune preuve n'est admise hors le serment et qu'elle n'aurait pu cesser de courir que s'il y avait eu compte arrêté, cédule ou obligation ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 2248 du Code civil, la prescription est interrompue par la reconnaissance que le débiteur ou le possesseur fait du droit de celui contre lequel il prescrivait ; Que cette disposition est générale et s'applique à toutes espèces de prescriptions quelle qu'en soit la durée ;

Attendu que la reconnaissance à l'effet d'interrompre la prescription peut avoir lieu expressément ou tacitement et que la reconnaissance tacite résulte de tout fait qui implique l'aveu de l'existence du droit du créancier et peut découler notamment du paiement d'une partie de la dette ;

Attendu que le 12 juin 1895, G. a versé à M. une somme de 500 francs ; Que le caractère de ce versement à titre d'acompte résulte implicitement, d'abord d'une lettre de G. à M. du 5 février 1896 dans laquelle il dit en substance, qu'il est dans une situation difficile et qu'il ne peut pas faire mieux, et qu'en second lieu, d'une lettre du 6 avril 1897, adressée à Gillet, avoué de M., et dans laquelle, après avoir déclaré qu'il avait versé 500 francs, il fait connaître « qu'il se croyait libéré envers M., qu'il a eu des malheurs nombreux et qu'aujourd'hui le sac est absolument vide » ; Qu'il appert de ces documents que G., ne conteste pas devoir une somme plus élevée que celle qu'il avait versée et qu'il se borne à appeler l'attention de M. sur sa situation gênée ; Qu'il considérait lui même qu'il n'avait remis qu'un acompte et que cette reconnaissance du droit de son créancier, antérieurement à l'échéance de la prescription a eu pour effet de l'interrompre et de donner naissance à une nouvelle prescription de même durée , Que cette solution ne rencontre pas d'obstacle dans les dispositions de l'art. 2274, § 2 du Code civil, qui vise spécialement le cas où la prescription cesse de courir, non par suite d'une simple reconnaissance, mais par le fait d'une promesse obligatoire, compte arrêté, cédule ou obligation, constituant un titre complet de nature à n'être atteint que par la prescription de 30 ans.

Attendu que subsidiairement G. demande tout au moins la réduction des honoraires réclamés par M. ;

Attendu que si dans son relevé de compte, *M., porte une somme de 500 francs comme restant due au docteur H.*, c'est *qu'en effet il était assisté de ce dernier ; que c'était à M. qu'H. avait fait confiance, et qu'ainsi le demandeur a pu comprendre à bon droit dans sa réclamation le reliquat des honoraires d'H.* ;

Attendu que les tribunaux, à défaut de conventions, doivent, pour fixer les honoraires des médecins, considérer d'une part l'importance du traitement et d'autre part la condition sociale et la situation de fortune des défendeurs.

Attendu qu'eu égard à cette double considération, le tribunal a les éléments pour fixer à mille francs, le montant des honoraires restant dus à M. *Par ces motifs :* En la forme : reçoit G. opposant au jugement du 5 juin 1897 ; au fond rejette l'exception de prescription par lui soulevée, dit que le jugement dont est opposition ne sortira effet que jusqu'à concurrence de *mille francs* seulement avec intérêts de droit ; déclare la demande mal fondée pour le surplus

CORRESPONDANCE

Condamnation d'une Société de Secours mutuels

Mon cher Confrère,

Le tribunal vient de rendre son jugement concernant mon différend avec la Société de Secours Mutuels de M.

La Société est condamnée à me payer une année d'honoraires, et aux frais.

J'avais demandé la réintégration jusqu'en 1900, mais il paraît que ce n'est pas juridique.

Ce n'est pas tout à fait ce que nous désirions; mais enfin, tel qu'il est, cet arrêt sera une bonne leçon pour les Sociétés de Secours Mutuels, qui sauront à l'avenir qu'on ne doit pas en user avec les médecins comme avec des manœuvres.

Mais pourquoi ces gens trouvent-ils toujours des médecins tout prêts à les aider dans leurs basses œuvres !

Les Syndicats, à mon avis, ne pourront jamais empêcher cela ; ils manquent de sanctions et celles-ci sont absolument nécessaires pour discipliner le corps médical. Les malintentionnés et les inconscients ne redoutent que les sanctions.

Je vous enverrai aussitôt que je l'aurai la copie du jugement.

En 17 ans, on n'avait pu relever que deux plaintes contre mon service, et quelles plaintes ! Si ce n'était pas trop long à conter, vous en ririez bien. Elles ont été pulvérisées par mon avocat, et l'avocat adverse a dû reconnaître qu'on n'avait rien à reprocher à mon service, mais que j'avais cessé de plaire. Et voilà ! Faites donc des sacrifices pour les Sociétés de Secours Mutuels ! Nous sommes bien naïfs.

Je n'oublierai pas notre *Sou Médical* à la prochaine réunion du Syndicat.

Veuillez agréer, etc.

Le 12 août 1898. Dr R. M.

BULLETIN DES SYNDICATS

Société locale de la Loire et de la Haute-Loire.

(*Extrait du procès-verbal de l'Assemblée de* 1898).

La séance est ouverte à Roanne, sous la présidence de M. le Dr Morel, du Puy.

Après admission de cinq nouveaux confrères, le secrétaire fait l'éloge des membres décédés et donne la liste des secours alloués aux sociétaires.

Assistance médicale.

Le Président expose les résultats de l'enquête faite par M. le Dr Cénas, résultats consignés dans un rapport de ce confrère, qui a été adressé à tous les médecins de la Loire.

La réunion se prononce pour le statu quo ; payement à la visite et suivant la distance kilométrique. Elle vote des félicitations au Dr Cénas.

Vœux soumis à l'examen des sociétés locales.

1° L'Assemblée renouvelle le vœu plusieurs fois émis, concernant la création d'une caisse de retraites de droit pour tous les membres de l'Association.

2° Elle rejette à l'unanimité la création d'un ordre des médecins.

Le doctorat en pharmacie.

M. le docteur Montagnon donne lecture de la proposition suivante :

L'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, réunie à Roanne en Assemblée générale le 24 juillet 1898, émet le vœu que l'Université de Lyon veuille bien revenir sur sa décision, en vertu de laquelle elle a créé le titre de docteur applicable aux pharmaciens dans certaines conditions ; elle estime que ce nouveau titre sera la source de confusions regrettables et absolument contraires aux intérêts des médecins praticiens, déjà si peu protégés dans l'exercice de leur profession.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

La loi sur les accidents du travail.

Le docteur Convers appelle l'attention de l'Assemblée sur *la nouvelle loi sur les accidents*, promulguée le 10 avril dernier, qui assimile (article 4), les chefs d'entreprise aux indigents.

L'article 4 (2me paragraphe) est, en effet, ainsi conçu :

« Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, *conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.* »

Cette loi contient d'autres bizarreries étonnantes pour une loi *dite de progrès*. Ainsi, en vertu de l'article 3, les chefs d'entreprise ont intérêt à n'employer que des célibataires ou des ouvriers étrangers. Il est probable qu'une proposition de modification sera faite sous la législature actuelle.

La réunion estime, avec le docteur Convers, que les Industriels ne sont pas des indigents, et qu'il y aura lieu de demander la modification de l'article 4.

Le Bureau sortant est ensuite réélu M. le Dr Convers succède au secrétariat à M. le Dr Reynaud.

MM. Merlin et Montagnon sont choisis comme délégués à l'Assemblée générale de Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Grossesse et secret professionnel. — Trahit-on le secret professionnel en révélant au père que sa fille est enceinte ? — Nous lisons dans un journal de médecine, lu surtout par des sages-femmes, qu'un docteur en médecine, consulté sur l'état de santé d'une jeune fille, constata une grossesse, et, se croyant lié par le secret professionnel, diagnostiqua pour l'entourage une anémie aiguë. Qu'advient-il ? Cinq mois plus tard, ce naïf docteur, mandé en toute hâte, constata le travail de l'accouchement, pria la jeune fille d'expliquer son état à ses parents et d'envoyer chercher une sage-femme. Malgré les aveux de la jeune mère, les parents trouvèrent si insolite la conduite du médecin, qu'ils interprétèrent son silence comme un signe de paternité.

Plusieurs fois dans notre carrière nous nous sommes trouvé dans une situation semblable ; notre conduite a été absolument différente. Quand l'existence de la grossesse n'était pas douteuse, nous en avons informé la famille avec tous les ménagements que comporte une pareille divulgation.

Plusieurs fois de justes noces ont eu lieu avant l'accouchement, et quand le séducteur se dérobait, la famille de la jeune fille a pu l'éloigner de la maison et laisser ignorer à ses frères et sœurs sa chute. Avons-nous trahi le secret médical ? Nous ne le pensons pas.

Notre conduite a été tout autre quand nous avons constaté la grossesse chez une jeune fille en service. En ce cas nous avons engagé et obtenu de la fille qu'elle quitte la maison, lui suggérant le motif à invoquer, et nous avons gardé le silence vis-à-vis de l'employeur. Celui-ci a souvent donné de bons renseignements sur la fille venant de le quitter, qui a pu ainsi, pendant plusieurs mois encore, gagner sa vie en exerçant sa profession de cuisinière ou de femme de chambre. Ici la divulgation eût porté préjudice à une personne ne faisant pas partie de la famille, et nous trouvons que le secret professionnel trouve son application. (*Lyon médical.*)

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 37 10 SEPTEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

AVIS IMPORTANT

La réunion prochaine du Conseil d'administration de **l'Association amicale pour l'indemnité maladie,** *aura lieu dans la seconde quinzaine de septembre.*

Les nombreux confrères qui ont sollicité l'admission pour le 1er octobre, sont instamment priés d'adresser leurs dossiers remplis, au Secrétaire général, Dr Jeanne, Meulan (S.-et-O.), avant le 20 septembre. Passé cette date, ils ne pourraient plus entrer qu'en janvier 1899, ce qui entraînerait pour eux une prime plus élevée.

Le même jour aura lieu la réunion du Conseil du **Sou médical**. *Les sociétaires ou dizainiers, qui n'ont pas encore effectué leurs versements au trésorier, Dr Gassot, Chevilly (Loiret), ou ne sont pas encore convenus avec lui de la date des payements, sont invités à remplir cette formalité au plus tôt. De même, les sociétaires qui ont eu à recourir aux bons offices de l'œuvre, sont priés de faire connaître au Secrétaire général, Dr Jeanne, Meulan (S.-et-O.), le résultat de l'intervention, ou l'état actuel des affaires encore pendantes.*

PROPOS DU JOUR

La croisade contre le vaccin.

Depuis vingt ans, l'Angleterre s'adonnait à la réalisation d'un programme d'hygiène publique, dont les heureuses conséquences se manifestaient de la plus éclatante façon.

M. Monod, dans la *Revue d'Hygiène*, résumait un jour celle-ci, en nous prouvant, chiffres en main, que le Royaume-Uni avait économisé, pendant cette période, environ un million d'existences, en luttant pied à pied contre les maladies évitables.

Ce résultat, bien entendu, n'avait pu être acquis qu'au prix d'un gros effort budgétaire, d'une guerre aux préjugés, et forcément aussi de quelques égratignures à l'intangible et sacro-sainte liberté individuelle du citoyen anglais.

Mais on était payé largement des sacrifices de tout genre, et le terrain semblait définitivement conquis par les idées de progrès, lorsque, tout récemment, vient d'être infligé à celles-ci un déplorable échec : le Parlement ne veut pas rendre la vaccination obligatoire ! Il laisse à la conscience du père de famille le droit de refuser à son enfant le bénéfice de l'immunisation, s'il croit à la réalité des dangers signalés par les antivaccinateurs.

Nous savons toutes les explications que l'on donne de cette reculade du parlement anglais

en matière d'hygiène publique. Elle n'en reste pas moins étonnante.

Car enfin, ceci se passe au pays de Jenner, après que la plus large expérimentation, pratiquée pendant un siècle, à la surface du monde entier, sur toutes les races, à tous les âges, a mis hors de doute l'incontestable efficacité de la vaccination antivariolique ?

Etonnez-vous, après cela, qu'on trouve des arguments pour prouver la faillite de la science !

Indignez-vous de voir quel cas on fait, chez les législateurs, de notre plus précieux capital national, la santé publique. En France, la loi sur la vaccination obligatoire est en projet depuis plus de trente années ; grâce à l'exemple de l'Angleterre, elle y restera encore autant.

Entre l'avis unanime des médecins hygiénistes et la fantaisie d'agitateurs, qui traitent Jenner de bourreau, de fléau, et l'accusent sans rire d'avoir été, en combattant la variole, le propagateur de toutes les autres maladies contagieuses, un Parlement n'hésitera guère. Il écoutera qui fait le plus de bruit.

Qui disait donc que le médecin et le savant régnaient partout en maîtres ? Que toutes les satisfactions leur étaient réservées ? Que la science est le phare qui éclaire la marche de ce siècle ?

Nous sommes forcés de constater, nous, que d'épais bancs de brumes nous masquent souvent la lumière de ce phare, nous obligeant de stationner pour ne pas faire fausse route.

Mais il en fut toujours ainsi, ce qui nous console. Le progrès et la vérité scientifique trouveront quand même bientôt le moyen de reprendre leur marche.

Même après la prison de Galilée, la Terre s'obstina dans son attitude de sphère, et la vaccination continuera de faire reculer la variole.

« Tout ce que les médecins ont pu faire contre « le rhume de cerveau, disait Alphonse Karr, est « de l'appeler coryza. »

« Tout ce que les Anglais, disons-nous, ont « pu faire contre la vaccination, est l'élaboration « d'une loi qui la déclare.... facultative. »

Il n'y a rien de changé, mais, une fois de plus, la montagne accoucha d'une souris. H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Pronostic et traitement des plaies perforantes de l'œil.

M. le Dr Em. *Lefrançois*, de Cherbourg, a consacré sa thèse à l'étude du pronostic et du traitement des plaies perforantes de l'œil. D'après ses observations, les plaies perforantes peu étendues, sans complications, ont un pronostic qui n'est pas très grave ; l'acuité reste le plus souvent supérieure à 1/4 (Echelle de Smellen).

Les complications immédiates qui laissent en général un certain degré de vision (1/3 à 1/10) sont moins graves que les complications tardives qui amènent presque toujours la perte complète de la vision.

Lorsque le pansement occlusif sera jugé insuffisant, M. Lefrançois conseille d'employer la suture scléroticale pour les plaies de la sclérotique et le recouvrement conjonctival total pour les plaies de la cornée.

Dans les plaies scléro-cornéennes, nous proposons d'employer une suture unique au catgut fin.

On traitera les hernies de l'iris non adhérentes par l'excision et les hernies adhérentes par la cautérisation au galvano-cautère.

A la suite d'une cataracte traumatique, s'il ne se produit pas de phénomènes glaucomateux, on attendra pour opérer que la cataracte soit complète ; dans le cas de phénomènes glaucomateux, l'opération se fera en deux temps ; extraction des masses cristalliniennes le plus tôt possible ; nettoyage secondaire de la pupille.

Fièvre typhoïde, glace impure dans les boissons et cidre.

M. le Dr *Dorange* a publié récemment dans la *Revue d'Hygiène*, la relation d'une petite épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi à Rennes sur les lieutenants du 10e d'artillerie. Huit de ces officiers furent, en décembre 1895, atteints dans la même quinzaine de fièvre typhoïde.

Deux cas se terminèrent par la mort, amenée chez l'un, par une myocardite, chez l'autre par une néphrite albumineuse ancienne.

L'enquête à laquelle M. Dorange s'est livré lui a démontré que ces officiers avaient tous contracté la maladie au banquet de la Sainte-Barbe : les lieutenants, qui mangèrent dans une pièce à part, burent une tisane de champagne dans des carafes frappées. Les investigations, dirigées du côté de la glace, apprirent que toute la glace vendue en morceaux à Rennes, tant pour la consommation que comme glace à rafraîchir, provient de la Vilaine et qu'elle est recueillie un peu en aval de la ville, en un lieu où l'eau présente son maximum de contamination. — En ce qui concerne les carafes frappées, le fabricant, au lieu d'employer l'eau potable fournie par la ville, employait l'eau de fonte des glaces de la Vilaine, autrement dit de l'eau contaminée.

L'opinion de l'auteur fut confirmée par ce fait que, en dehors des huit officiers atteints, un certain nombre d'autres de la même table eurent de l'embarras gastrique et que ceux qui n'avaient bu que de la bière n'eurent aucun accident.

A ce propos, M. le Dr *Bodin* a fait à l'Institut Pasteur des expériences qui démontrent que le bacille typhique peut vivre dans le cidre pendant 12, 18 et même 24 heures, s'il y a été introduit par addition d'eau contaminée. Il faut que la richesse du cidre en acide malique soit inférieure à 2 gr. ‰ pour que le bacille persiste trois ou quatre jours : heureusement, ce taux de 2 ‰ est habituel et le bacille n'y résiste qu'une journée environ. D'où la conclusion de ne boire le cidre que le lendemain du jour où il a été mouillé, si l'eau employée est suspecte et non stérilisée.

Paralysies typhiques.

La dothiénentérie, comme toute maladie aiguë, peut provoquer des accidents paralytiques, et cela à toutes les périodes de son évolution :

a) Période d'invasion ;

b) Période d'état ;

c) Période de convalescence.

Les paralysies qui surviennent au cours de la convalescence sont de beaucoup les plus fréquentes, dit M. le Dr *Foix*, dans sa thèse.

Dans les cas où l'on voit survenir des paralysies à une échéance plus ou moins éloignée de

la dothiénentérie, il n'est pas rare de trouver un phénomène pathologique intercurrent dont on ne saurait, jusqu'à plus ample informé, déterminer le rôle dans l'apparition de la paralysie. Les formes cliniques que ces paralysies peuvent revêtir sont par ordre de fréquence :

1° La forme paraplégique ;
2° La forme hémiplégique ;
3° La forme aphasique, chez les enfants de préférence ;
4° La forme monoplégique ;
5° La paralysie d'un seul nerf.

Au sujet de cette dernière, il est intéressant de noter que la dothiénentérie affecte une certaine prédilection à frapper le cubital, comme l'ont très bien montré MM. Pitres et Vaillard, et après eux M. Baudry. Les troubles de la sensibilité vont de pair avec les troubles de la motilité. On trouve en effet des troubles de la sensibilité subjective et objective, les premiers consistant dans des engourdissements, des fourmillements, des douleurs spontanées, paroxystiques, dans la région touchée ; les seconds intéressant les différentes sensibilités tactile, thermique, et à la douleur et pouvant aller de la simple diminution à la disparition complète. Les sphincters sont assez souvent touchés. L'atrophie musculaire est un phénomène constant dans la névrite périphérique d'origine typhique.

Contemporaine de la paralysie, elle a une marche progressive, et est assez souvent incurable.

Les paralysies typhiques sont tantôt sous la dépendance de lésions du système nerveux cérébro-spinal ; dans d'autres cas, elles sont sous la dépendance de lésions du système nerveux périphérique. (*Revue générale de Pathologie interne.*)

Dans les cas de paralysies d'origine centrale on trouve des congestions passives de la moelle (Jaccoud), des infiltrations œdémateuses de la moelle et des méninges spinales (Landouzy). Dans les cas de paralysies d'origine périphérique, on trouve les lésions de la névrite parenchymateuse (Pitres et Vaillard). A quoi sont dues toutes ces lésions, tant du système nerveux central que périphérique ?

On ne peut pas chercher cette cause ailleurs que dans les toxines du bacille d'Eberth. Peut-être même le bacille devrait-il être lui-même mis en cause, comme semblerait le démontrer un examen de MM. Ausset et Bourgogne dans lequel le bacille a été trouvé dans les tubes nerveux. Si la paraplégie peut dans certains cas être imputable à une lésion médullaire, elle peut, dans d'autres cas, ressortir de la polynévrite.

De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion dentaires.

Voici les conclusions du rapport de M. *Sauvez*, de Paris, au Congrès dentaire de Lyon, sur la méthode de l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion :

L'intervention complète est variable suivant les degrés de la phlegmasie. 1° Dans la première phase, fluxion œdémateuse simple, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction ; dans la deuxième phase, fluxion phlegmoneuse, elle consiste à pratiquer l'extraction et à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche ; dans la troisième phase, abcès, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès. 2° Dans la première période, le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion ; dans la seconde période, l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires ; l'extraction suffira presque toujours pour arrêter la marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée. Dans la troisième période, on se souviendra que le mal est limité ; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera. Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'extraction est discutable et guidée par les symptômes locaux et généraux. 3° Dans les trois périodes, l'extraction est indiquée lorsque la dent est condamnée. 4° La tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéomyélite commandent l'intervention complète. 5° Le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie, contre-indiquent l'intervention complète. 6° La fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses donnent des indications variables. 7° La grossesse, la lactation et la menstruation donnent aussi des indications variables. 8° Le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc. 9° Le choix de l'intervention dépend de considérations esthétiques, physiologiques, et du milieu social. 10° L'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

CLINIQUE MÉDICALE

Professeur Potain.— **Angine rhumatismale** (1)

Au n° 18 de la salle Piorry, est couchée une jeune femme de 20 ans, entrée à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu, modéré, peu fébrile, n'ayant élevé la température qu'à 38°2 au maximum, très généralisé et qui a débuté par une angine. D'une santé un peu délicate, cette jeune personne est née en Normandie, d'un père rhumatisant ; à l'âge de 10 ans, elle a déjà subi une première attaque de *rhumatisme aigu, généralisé*. Depuis trois ans qu'elle est à Paris, elle est devenue chloro-anémique, comme il arrive d'ordinaire à ces jeunes filles débarquées de la province. Ces jours derniers, après un refroidissement, elle a eu mal à la gorge, avec difficulté de la déglutition, une fièvre assez forte, une brisure de tous ses membres, une courbature générale. Trois jours plus tard, elle se plaint d'une douleur tibio-tarsienne des jambes droite et gauche : puis, la douleur gagne les genoux, puis les épaules, enfin les coudes, le rhumatisme s'avançant ainsi d'une articulation à l'autre, abandonnant l'une pour prendre la suivante, avec guérison parfaite dans toutes ces localisations successives. Le lendemain de son entrée, la malade n'avait déjà plus de fièvre, sa température étant de 37°4. Son genou gauche contenait un peu de liquide. Sa gorge était encore un peu rouge, d'une rougeur diffuse sur le voile du palais, les piliers, les amygdales.

L'amygdale gauche était un peu tuméfiée, sans exsudat. La déglutition s'accompagnait encore

(1) In *Journ. de Méd. int.*

d'une légère douleur. La langue était un peu blanche. Le cœur était absolument sain, et dans les poumons, on ne trouvait aucun signe suspect de lésion quelconque. Le surlendemain de l'entrée, qui était hier, on constate que c'est le sciatique qui est devenu douloureux ; aujourd'hui, la douleur, plus forte, immobilise la malade, tandis que du côté de la gorge, il n'y a presque plus rien, l'amygdale gauche étant à peine tuméfiée et la pointe seule de la luette étant rouge.

Notre malade, en somme, a une attaque de rhumatisme précédée d'une angine épithéliale et lacunaire légère, pharyngienne et tonsillaire. Entre cette angine et ce rhumatisme, faut-il voir une association accidentelle, provoquée par le froid ou faut-il chercher entre eux un rapport plus intime ?

On avait signalé, depuis bien longtemps, cette coïncidence de l'angine et du rhumatisme, quand Lasègue, le premier, y vit une association intime, une vraie maladie dont il fit une description magistrale. Cette association est si fréquente que, pour Lasègue, la plupart des cas de rhumatisme s'accompagnent d'une angine constatée — ou non constatée — quand le médecin ne la recherche pas de lui-même, sans attendre qu'elle lui soit signalée par le malade qui n'y aura pas pris garde et dont toute l'attention est, d'ailleurs, portée sur ses douleurs articulaires. Et cette association n'est pas forfuite, elle a des caractères constants, dont le principal est que toujours l'angine précède le rhumatisme. L'angine débute avec de la fièvre, un état gastrique assez prononcé, une courbature génerale, parfois presque solennellement. Les urines peuvent être albumineuses. La dysphagie existe dès le premier jour. Une rougeur diffuse envahit les piliers, le voile du palais, les amygdales, sans que l'invasion commence par l'amygdale, comme il arrive dans l'angine amygdalienne commune ; elle s'accompagne d'une tuméfaction œdémateuse plus ou moins accentuée, qui donne à la muqueuse un aspect brillant ; enfin, elle s'atténue sur les bords peu à peu jusqu'à la muqueuse normale.

Cette atténuation de la teinte différencie la rougeur de l'angine rhumatismale et la rougeur semblable de l'érysipèle : celle-ci est nettement limitée par des bords plus colorés.

Dans deux ou trois cas seulement, on a constaté des exsudats. Les amygdales sont modérément tuméfiées ; les ganglions voisins restent intacts. La pression n'est douleureuse qu'en un point : à l'extrémité de la corne de l'os hyoïde et elle n'est pas trop pénible. On présume que l'affection peut s'étendre au pharynx supérieur, à la trompe d'Eustache, aux fosses nasales ; il est de fait que certains malades ont accusé de violentes douleurs d'oreilles. Le larynx est également peu touché ; la laryngite est rare. Les troubles fonctionnels, la douleur, la dysphagie sont hors de proportion avec les phénomènes objectifs. La durée de ces premiers accidents est d'une huitaine de jours. Et c'est alors, quand la pharyngite s'éteint ou est éteinte, que le rhumatisme apparaît. L'intervalle entre les deux ordres de phénomènes angineux et rhumatismaux est de deux ou trois jours, comme cela est arrivé chez notre malade, mais il peut être de huit, quinze et même vingt et un jours. Ordinairement, l'angine existe encore très atténuée quand l'arthropathie commence ; parfois aussi elle a totalement disparu. L'arthropathie est la seule manifestation morbide qui suive l'angine ; la paralysie du voile du palais est rare. Entre l'intensité de l'angine et celle du rhumatisme consécutif, il n'y a aucun rapport ; la malade que nous soignons les a eus tous deux à un degré assez faible. Mais une petite angine peut être le début d'un rhumatisme sévère qui fait passer l'angine inaperçue ; par contre, après une angine sérieuse, en apparence, on ne trouve, en signature, que quelques douleurs circulantes très légères.

Uue angine érythémateuse marque donc souvent le début d'un rhumatisme.

Lasègue a signalé et décrit le fait en insistant sur sa fréquence. Un anglais Kingston Fowler, a dit que 80 pour 100 des rhumatisants avaient une angine. En Danemark, on connaît depuis longtemps cette angine rhumatismale puisqu'elle y a été vue en 1843 ; en 1885, un auteur danois en a rapporté cinq observations ; c'est dans l'une de ces observations qu'il s'est écoulé cinq semaines entre l'angine et le rhumatisme. En 1890, un américain Thorner a soutenu que les deux tiers des amygdalites, des angines érythémateuses, se manifestent chez des gens qui ont, qui ont eu ou qui auront du rhumatisme et qu'elles se produisent dans les épidémies de rhumatisme, par la même cause que lui. En Allemagne, jusqu'à ces dernières années, on n'avait recueilli aucune observation sur cette maladie ; mais en 1895 Roos en a publié cinq, Buss douze, Grodel enfin, en 1896, douze. Parmi eux, on pense que l'association angine-rhumatisme, monte jusqu'à 80 pour 100 des cas, dans certaines périodes d'épidémicité.

Quel est donc le lien qui unit cette angine au rhumatisme ?

Le rhumatisme ne se localise pas seulement aux articulations ; il se propage aux viscères ; il atteint le larynx, le poumon, le péricarde, le péritoine. Dans certains cas, rares il est vrai, mais où le doute n'est pas possible, les accidents viscéraux du rhumatisme frappant surtout le péricarde, l'endocarde, ont précédé les accidents articulaires. On conçoit donc que l'angine puisse être regardée comme une manifestation du rhumatisme, semblable à celles qui se produisent du côté des articulations et du côté des viscères. C'était la pensée de Lasègue. Pourtant une objection peut être soulevée contre cette opinion. Comment se fait-il que l'angine marque toujours — on ne connaît qu'une exception — le début du rhumatisme ? Pourquoi ne note-t-on pas un ordre de succession variable, comme celui qui existe entre toutes les autres manifestatations du rhumatisme ?

Une autre opinion consiste à croire que c'est le mal de gorge qui a déterminé le rhumatisme et que l'angine est cause première ; une infection générale commencerait par l'amygdale. Le rhumatisme, dit-on, est infectieux, c'est-à-dire déterminé par un agent du dehors. Comme les infections, il débute par de la fièvre avant que les jointures ne soient prises et il a une évolution constante ; comme elles, il marche progressivement, envahissant les différents points articulaires de l'économie. Les maladies infectieuses dont on ne connaît pas l'agent, la rougeole, la

scarlatine sont du moins transmissibles, tandis que le rhumatisme dont on ignore l'agent ne l'est pas. Qu'en savez-vous ? répond-on à cette objection. Nous vivons tous au milieu de rhumatisants, comment pouvez-vous affirmer que l'un ne l'a pas transmis à l'autre ? Le docteur PAPILLON a recueilli des observations de ce genre, où la transmission semble réelle. La contagion a des degrés ; celle de la fièvre typhoïde et de la scarlatine sont-elles identiques ? Si celle du rhumatisme n'est pas directe, si le poison ne sort pas de l'un pour rentrer tout de suite chez l'autre, qui vous dit qu'elle ne se fait pas par des intermédiaires, comme celle de la fièvre typhoïde ? Vous ne pouvez la nier *a priori*.

Tout ceci est sans doute très bien et il est vraisemblable que le rhumatisme est infectieux mais enfin, on n'a pas encore mis la main sur son agent. Si on en a proposé plusieurs comme le véritable, si, dans le sang, on a trouvé un élément probable, il n'y a encore pas de certitude acquise, puisque le prétendu agent ne se rencontre pas là où il semble devoir être, dans les liquides des épanchements, alors que quand il s'agit d'une infection bien nette, gonococcique par exemple, ces liquides contiennent le gonocoque. Et ce n'est pas une raison, parce que l'infection a envahi presque toute la pathologie des affections aiguës, pour qu'on soit en droit de distinguer un rhumatisme infectieux ; il faut attendre qu'on ait prouvé au moins sa contagion ou découvert son agent.

L'infection partirait de l'amygdale. Qu'y-a-t-il dans l'amygdale ? On a cherché et qu'a-t-on trouvé ? LEMOINE, à l'Institut Pasteur, a étudié 165 cas d'angines diverses aiguës, rhumatismales, pultacées, pseudo-membraneuses, primitives ou consécutives à la diphtérie, à la variole... il n'a pu mettre en évidence qu'un seul agent, toujours le streptocoque, qu'il n'a retrouvé ni dans le sang des malades, ni dans les liquides épanchés. Et l'on sait, de plus, que le streptocoque est un agent banal dont on n'a pas déterminé de variétés spécifiques.

On a prétendu que l'agent morbide, parti de l'amygdale, avait été modifié en cet endroit. La gorge, dit-on, est entourée d'un tissu adénoïdien, l'amygdale elle-même étant le centre principal, où la phagocytose est particulièrement active et protège, par suite, nos voies respiratoires et digestives. Si l'état inflammatoire des organes en question empêche la phagocytose, ou, si elle est épuisée par le travail fourni précédemment, l'agent morbide ne sera plus arrêté au passage et ira plus loin accomplir sa mauvaise œuvre. Attendons pour accepter cette hypothèse qu'elle ait été sérieusement appuyée par l'expérimentation et faisons de même à l'égard d'une proposition de certains auteurs allemands, qui parlent d'une atténuation des microbes au moment où ils passent dans la gorge. Dans une thèse de la Faculté de Paris, en 1893, le docteur SAINT-GERMAIN a étudié ces questions. Par l'atténuation de ces microbes et inoculés, il n'a jamais obtenu le moindre résultat. De plus, parmi les observations cliniques qu'il rapporte, il en est une « une seule » où le rhumatisme a débuté et où l'angine a suivi. Dans ce cas, le tissu adénoïde de la gorge aurait donc laissé passer sans être lésé l'agent rhumatifère, qui, plus tard, serait venu s'en prendre à lui ?

Concluons. Le laboratoire ne nous a rien appris. Tenons-nous en donc à ce que nous a appris la clinique, à savoir qu'il existe une angine à caractères particuliers qui marque le début, qui est un prodrome du rhumatisme et c'est cette angine qu'on doit, avec LASÈGUE, appeler rhumatismale.

Il existe d'autres espèces d'angine chez les rhumatisants. En Angleterre, on a observé une angine à évolution lente chez les rhumatisants et non suivie de douleurs articulaires.

Une série de faits que j'ai observés et qui ne sont mentionnés formellement par aucun autre auteur se rapporte à une angine spéciale à des rhumatisants atteints de rhumatisme musculaire. Le malade ne peut pas avaler sa salive et on ne lui voit rien d'anormal dans la gorge qui n'est même pas un peu rouge, où les amygdales ne sont pas même un peu tuméfiées. A la pointe de la corne de l'os hyoïde, la pression est un peu douloureuse. Le malade n'a pas de fièvre, pas de malaise général ; il se plaint en outre de sa dysphagie excessive, de douleurs dans les masses musculaires des membres, dans le cou, de rhumatisme musculaire, en un mot. C'est ce même rhumatisme, localisé aux muscles du pharynx, qui rend difficile la déglutition, surtout celle de la salive, car il est remarquable que les aliments gras, solides, la panade, par exemple, sont avalés sans trop de peine. Cette angine, d'ailleurs n'annonce pas le rhumatisme articulaire.

Enfin, il faut parler d'une angine particulière avec exsudation, pseudo-diphtérique.

VAQUEZ, au milieu d'une épidémie de diphtérie, eut à soigner une angine membraneuse qui a laissé après elle un rhumatime articulaire, comme une angine sans exsudat.

Mais la véritable angine prodromique du rhumatisme, c'est celle qu'a décrite LASÈGUE.

En pratique, elle est importante à connaître. Car si, elle-même, elle n'a rien d'alarmant même quand elle paraît grave, comme on ne peut rien conclure de son intensité à celle du rhumatisme qui suivra, elle est une indication de prudence. Si on laisse aller le malade à ses affaires, il aura peut-être un rhumatisme plus grave que si on lui avait, dès le début, imposé une hygiène sévère. Contre l'angine elle-même, il faut savoir que les caustiques, les simples astringents eux-mêmes sont nuisibles. Les moyens de douceur, les calmants de la douleur seuls réussissent. Le salicylate de soude n'a jamais eu aucun effet.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la trépidation mécanique locale ou vibration

Nouvelles expériences sur l'action physique et thérapeutique

Par le Dr SAQUET, de Nantes (1)

Cette opération de la gymnastique suédoise, peut s'obtenir avec la main ou des machines.

L'effet en est regardé par les thérapeutes suédois comme calmant, nous y reviendrons.

Nous avons tenté quelques expériences pour en éclairer l'action d'une façon nouvelle.

(1) Congrès de l'A. F. A. S. (Nantes 1898).

Nous nous sommes servi du vibrateur suédois de Liedbeck de 1891, que nous avons monté sur un moteur à pédale. Ce vibrateur produit par ce moyen 2000 vibrations à la minute. La durée d'application est en moyenne de 30 secondes.

1re Expérience. On met au milieu d'un plateau en fer-blanc une poudre quelconque en tas et on applique le contact du vibrateur en marche au-dessous du plateau. On voit en quelques secondes le mammelon s'affaisser et la poudre s'étaler sur toute la surface du plateau.

C'est un effet mécanique de centrifugation.

2e Expérience. Je prends avec un thermomètre à cuvette plate, la température de la face antérieure de la cuisse gauche d'un sujet et je laisse le thermomètre en place.

Il monte à peine à 34° C. Après 30 secondes de vibrations sur l'autre cuisse, j'applique le thermomètre sur l'endroit vibré. En quelques secondes la colonne mercurielle monte à 35°6, la peau est rouge et reste chaude plus de cinq minutes.

La trépidation avec le Liedbeck a donc une action calorifique remarquable.

J'ai observé cette action des milliers de fois depuis cinq ans. Les patients d'ailleurs me la signalaient eux-mêmes ; cependant, il y a des nuances. Certains malades éprouvent moins de sensation calorique que d'autres. Par ailleurs la main qui tient le manche du vibrateur se refroidit au contraire. C'est un effet de la vibration totale de la main (Lagrange).

Le Dr A. Kellgren, qui a écrit un traité sur les procédés vibratoires de son frère (Londres 1891), fait plutôt ressortir l'effet antithermique des vibrations des nerfs, dans les fièvres. Mais H. Kellgren n'emploie que la vibration manuelle qui ne dépasse guère 300 à la minute.

Nous croyons cette fréquence trop petite pour déterminer une élévation de température.

L'appareil à vibrations locales de Zander (1867)? ne donne pas plus de 300 secousses à la minute. Bourcart, de Genève, comme Liedbeck actuellement, actionne le vibrateur de Liedbeck par un moteur électrique, mais Bourcart lui a fait donner le premier 15.000 vibrations à la minute : je n'ai pu essayer cette vitesse.

Je suis persuadé que la trépidation générale avec la machine du Dr Zander (1864) ou le fauteuil trépidant de Charcot (1882), aussi bien qu'avec le chemin de fer, a une action sur la température du corps, mais je ne connais pas d'expériences à ce sujet. Elle élève la pression sanguine.

Un cas d'impotence fonctionnelle du deltoïde consécutive à la luxation de l'épaule, ayant résisté à deux séances d'électricité, fut guéri en une séance de vibrations.

Tous les gymnastes suédois connaissent l'action *analgésique* des trépidations locales ; si je me permets d'y insister, c'est que cette manipulation est peu connue en France.

L'action est quelquefois immédiate et durable comme dans le lumbago musculaire ; le lumbago articulaire est plus rebelle ; le torticolis rhumatismal, le rhumatisme musculaire, la migraine, la gastralgie y sont très sensibles. Une séance suffit souvent pour les dissiper.

Dans les névralgies on obtient une sédation momentanée incomplète, qui s'additionne chaque jour et finit par avoir raison du mal en 3 à 6 semaines en moyenne, alors même que la névralgie (purement rhumatismale bien entendu) remonte à des années.

Dans ces cas la vibration doit être associée aux autres manipulations du massage, qui renforcent son action. Car, de même que l'opium ne saurait remplacer la totalité des sédatifs chimiques, de même la vibration n'est pas le seul procédé calmant de la massothérapie. Il y a encore l'effleurage, le tapotement, etc.

Or la vibration, qui agit par centrifugation, n'agit pas dans le sens exclusif de la circulation veineuse et lymphatique, comme l'effleurage par exemple. Il ne faut donc pas être trop systématique.

J'ai été frappé de l'action décontracturante de la trépidation de tout un membre, faite quelques secondes, 5 à 10.

J'ai vu des améliorations rapides et durables obtenues en quelques semaines dans l'hémiplégie avec contracture, et la maladie de Little.

Un sujet de 20 ans, atteint d'hémiplégie spasmodique infantile, avait le poignet droit tombant, ne pouvait ouvrir la main contacturée et n'exerçait aucune pression au dynamomètre ; il écrivait de la main gauche. Contracture de la jambe droite avec pied bot spasmodique.

Au bout d'un mois le sujet pouvait faire l'extension des doigts et du poignet, mais sans pouvoir dépasser une ligne parallèle à l'avant-bras ; il donnait 4 kilos au dynamomètre, force suffisante pour couper son pain.

Dans tous les cas de contracture j'ai toujours obtenu une amélioration, plus ou moins grande naturellement suivant le degré de la lésion.

Dans le rhumatisme chronique, on obtient souvent des assouplissements d'articulations étonnants, alors qu'on croyait avoir affaire à de l'ankylose ; ce n'était que de la contracture rigide.

Dans la maladie de Parkinson, la trépidation locale m'a donné, dans 3 cas, des améliorations remarquables par leur rapidité, sur la contracture seulement, le tremblement n'a pas paru influencé.

Voici une observation où la trépidation générale ne donnait rien.

Ancien boulanger de 50 ans à Chantenay, atteint depuis quelques années, est obligé de venir en tramway, marche difficilement, tremble des deux mains : 6 kilos à la main droite, avant la séance, 12 kilos ensuite.

Après 4 séances avait gagné en souplesse et en force, venait en train et s'en retournait à pied : 3 kilom. environ. Main 16 kilos avant et après vibration du bras entier, mais après vibrations avec le Liedbeck sur le rachis, la main donne 24 kilos, le malade se redresse, se trouve assoupli de partout et marche de plus en plus facilement.

Je dois avouer que, dans 3 autres cas, je n'ai absolument rien obtenu.

La vibration atténue la douleur et empêche l'inflammation dans les flexions forcées employées pour les ankyloses et les raideurs des articulations.

L'entorse et ses suites bénéficient également de l'action calmante de la trépidation.

Pour abréger, je ne ferai que citer les expériences cliniques d'H. Kellgren, de l'influence de la vibration sur la sécrétion des glandes de la sa-

live, du foie, de l'intestin et les expériences physiologiques de Colombo sur le même sujet. (Soc. biol., 1895.)

Dans les maladies du ventre, la vibration locale est très calmante : coliques, dyspepsie, ptoses, maladies des femmes (Stapfer). Pour l'abdomen et chez les Français, la vibration manuelle est presque toujours supérieure à l'instrumentale, souvent trop rude.

J'ai eu l'idée d'essayer les trépidations pour diminuer la virulence des microbes en culture. Des expériences qui paraissent donner quelque chose sont en cours ; j'en donnerai plus tard le résultat.

Le premier appareil vibrant, celui du Dr Zander, de Stockholm, date de 1864, et fut produit à l'exposition de Paris 1867, la machine de Nycander de 1878. Le percuteur de Mortimer Granville de 1882 et ses imitations américaines sont postérieures, ainsi que le fauteuil de Charcot, etc.

Les Suédois employaient les vibrations manuelles dès 1815.

Je dois dire que le tremoussoir de l'abbé Saint-Pierre date de 1734, mais les Chinois employaient déjà la vibration 2000 ans avant J. C. *Nil sub sole novum.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les certificats aux agents des postes.

Dans son Bulletin de Juin 1898, l'administration des postes publie la circulaire suivante :

Délivrance des certificats médicaux par les médecins non assermentés.

Des difficultés se sont produites au sujet de l'article 4 de la loi des finances du 29 mars 1897 ainsi conçu :

« Sont exceptés du droit et de la formalité « du timbre, les certificats de maladie délivrés « par les médecins non assermentés, quand ces « documents concernent des agents accomplis-« sant un service actif de l'Etat. »

Il convient de remarquer qu'en raison de son caractère exceptionnel, cette disposition est d'interprétation stricte. Les certificats qu'elle vise sont, en conséquence, les seuls qui soient appelés à jouir de l'immunité qu'elle consacre.

En ce qui concerne l'Administration des postes et des télégraphes, l'exemption ne peut donc profiter qu'aux seuls agents désignés dans le tableau annexé sous le n° 2, à la loi du 9 juin 1853 relative aux pensions civiles et à ceux qui y ont été ajoutés par l'article 45 de la loi de finances du 13 avril 1898, c'est-à-dire aux :

Brigadiers-facteurs ;
Facteurs des postes ;
Courriers-convoyeurs ;
Chargeurs ;
Chefs de brigade ;
Commis et sous-agents des bureaux ambulants ;
Agents embarqués des services maritimes postaux ;
Facteurs et surveillants des télégraphes ;
Facteurs téléphonistes.

Les certificats de maladie délivrés par les médecins non assermentés à tous les autres agents, doivent continuer à être établis sur papier timbré, en vertu de la disposition générale de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII.

DÉONTOLOGIE

La DÉFENSE MÉDICALE, organe du Syndicat de Bordeaux, vient d'étudier, en deux articles que nous réunissons ici, un point délicat des rapports entre médecin traitant et médecin consultant. L'auteur critique, à ce sujet, la doctrine formulée par le petit code déontologique de l'Association de la Gironde que nous avons reproduit au n° 15 de 1895. Nous engageons nos lecteurs à revoir l'opinion de M. le Pr Grasset sur cette matière : ils la trouveront au n° 6. de 1894.

La question est en effet fort importante, car bien des conflits personnels sont nés de ce que la ligne de conduite n'est pas uniforme sur ce point.

N. D. L. R.

Question importante de déontologie.

Sous ce titre nous lisons dans le numéro 3 de la *Ruche médicale*, revue mensuelle consacrée aux sciences médicales et aux intérêts professionnels, le récit d'un cas particulier de déontologie, ou mieux de conduite professionnelle qui nous semble plein d'intérêt.

A notre tour, nous donnons à cette question la publicité qu'elle mérite et nous publions in extenso les pièces de l'affaire, pour que chacun puisse s'en faire une idée complète et nous honorer de sa réplique, s'il lui convient.

Lettre adressée au Président du syndicat des médecins de la Seine.

Aujourd'hui, 2 mai, à trois heures de l'après-midi, j'ai été appelé, en toute hâte, en consultation, auprès de Mme H..., rue d'Anjou, dame qui, à maintes reprises, était déjà venue me demander des conseils à mon cabinet. Ayant appris que la malade était soignée par le Dr X..., je refusai, malgré l'insistance de la famille, de donner des soins à la malade, et j'écrivis une lettre des plus courtoises au médecin traitant, le priant, à cause de la gravité du cas, de venir en consultation avec moi le soir même à sept heures. En revenant le soir au domicile de la malade, qui ne passera probablement pas la nuit, j'appris avec stupéfaction que le Dr X..., refusait de venir en consultation avec moi, sans donner du reste aucun motif. Que devais-je faire en présence de la gravité de la maladie et des supplications de la famille désolée ? Je me suis simplement retiré, priant les intéressés de faire revenir sans retard le médecin traitant et avec lui un autre médecin consultant à son choix.

Nous recevons presque chaque mois, de la part des sociétés médicales ou syndicales de Paris ou de la province, des conseils déontologiques nous traçant notre devoir dans le cas où nous sommes appelés auprès d'un malade, derrière un autre praticien. N'y aurait-il pas lieu de fixer aussi une ligne de conduite au médecin traitant qui, il me semble, n'a aucune raison de refuser le concours d'un autre praticien correct et de causer, par ce refus injustifié, un préjudice matériel et quelquefois moral à un confrère ? Je soumets la question à la compétence du Syndicat des Médecins, sans avoir, du reste, vis-à-vis du Dr X..., que ne je connais pas, le moindre ressentiment.

Réponse

L'article 6 des principes déontologiques adoptés par la Société médicale du Xe arrondissement de Paris répond en partie à cette lettre.

« Article 6. — Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle ou professionnelle soit indiscutable. »

Nous aurions aimé une réponse différente, plus explicite et plus complète du Président du Syndicat des Médecins de la Seine, à la lettre ci-dessus.

L'article 6 des principes déontologiques adoptés par la Société médicale du Xe arrondissement de Paris, qu'oppose à la demande de son correspondant le Président de ce Syndicat parisien, est d'une insuffisance tellement notoire que le Président lui-même reconnaît qu'il ne répond *qu'en partie* à la question posée.

Pourquoi alors, par des commentaires appropriés, ne pas avoir complété la discussion ?

Cette lacune est d'autant plus regrettable que le cas signalé est d'une actualité palpitante, qu'il intéresse chacun de nous et qu'il donne enfin lieu à des considérations sinon nouvelles, du moins inédites.

Il est bien évident que nous traitons ces questions au point de vue le plus large et le plus général et que nous déclinons toute intervention de personnalités.

Tout d'abord, c'est un médecin qui, en raison de son droit ou plus justement pour obéir à un devoir, va chez un malade où on l'appelle d'urgence. Les soins donnés, ce médecin se retire en refusant la continuation de ses soins, parce qu'il apprend que ce malade est en cours de traitement et entre les mains de M. X..., médecin traitant.

Jusqu'ici tout est bien. Mais maintenant survient l'incorrection, et le correspondant de la *Ruche médicale* semble quitter la droite ligne quand, après une si louable attitude, il accepte de convoquer en consultation le médecin traitant.

Pour le médecin extraordinaire, cette convocation est un abus de son rôle.

Seul, dans une famille, le médecin traitant, qui assume toute la responsabilité de la maladie qu'il soigne, a le droit de provoquer une consultation pour s'éclairer ou diminuer cette responsabilité ; il est seul juge, et il nous semble bien excessif que le médecin d'occasion appelé au chevet d'un malade, sente le poids de la responsabilité propre au médecin traitant, s'il ne songe à prendre sa place, et décide de l'urgence d'une consultation, dont il se mêle, quand le médecin traitant n'en a pas ainsi décidé.

Si l'on veut bien se rendre compte, on verra nettement le renversement de la situation respective des deux médecins.

Une consultation se forme, ordinairement, du médecin habituel de la famille qui est le médecin traitant et d'un médecin nouveau qui est appelé à titre extraordinaire, comme médecin consultant, et dont le rôle expire après la consultation.

Or si c'est le médecin nouveau qui, profitant de l'accident de son entrée dans une maison, décide de l'opportunité d'une consultation et invite le médecin traitant à venir en consultation voir le malade, c'est le médecin nouveau qui prend le rôle du médecin traitant et le médecin ordinaire qui accepte le rôle de médecin consultant et ses conséquences.

C'est donc une substitution qui s'est opérée, et comme, après la consultation, c'est le médecin consultant appelé à titre extraordinaire qui doit s'effacer, il se trouve ainsi que c'est le médecin ordinaire, devenu, par cette subtilité de forme, le médecin extraordinaire, qui doit faire place au confrère qui malgré les égards, les scrupules et la considération, l'a proprement luxé.

Nous ne voulons pas mettre en relief outre mesure ce qu'a de discourtois pour son confrère l'acte de ce médecin appelé d'occasion qui, d'emblée, déclare que les choses sont graves, très graves, si graves, lui qui ne prend aucune responsabilité, qu'il y a urgence à voir le malade en consultation.

Pour ces raisons nous donnons tort au médecin correspondant de la *Ruche médicale*. Nous savons bien que cette opinion nous met en opposition avec certain passage consigné à la page 27 d'un charmant petit livre issu de notre Association bordelaise, apparenté de grands noms locaux, dû à la plume de notre délicat confrère le Dr Rousseau-Saint-Philippe et répondant au titre un peu pompeux de *Conseils professionnels et Principes de déontologie médicale* ; mais ceci n'est pas pour nous imposer silence, au contraire.

Voici le passage :

Si le médecin, appelé auprès d'un malade atteint de maladie aiguë, s'aperçoit qu'un confrère a déjà donné des soins dans le courant de la même maladie, il doit refuser de remplacer son confrère, à moins que pour des raisons extrêmement sérieuses le malade se refuse absolument à recevoir celui-ci. Après avoir fait tous ses efforts pour faire rappeler le confrère évincé et proposé de voir le malade en consultation avec lui, le nouvel appelé règlera sa conduite sur les raisons invoquées pour éloigner celui-ci, en tenant compte de l'inhumanité qu'il y aurait à laisser un malade privé de tous soins. Dans le cas où, *en conscience*, les motifs indiqués seraient futiles, il doit refuser absolument de remplacer son confrère. Dans tous les cas le confrère devra être prévenu sans délai par son successeur, qui s'efforcera de lui faire régler préalablement ses honoraires, en mettant dans cette démarche le tact et la mesure voulues.

Eh bien ! non ! nous n'admettons pas l'esprit qui se dégage de ces lignes, parce que c'est une invitation à la supercherie, parce qu'il pousse le médecin à l'emploi de moyens hypocrites, pour donner à un évincement, c'est-à-dire à une action subversive, des apparences irréprochables.

Nous ne voulons pas nous attarder à faire la preuve d'une chose évidente, mais il nous semble que la surface de notre conduite sera bien plus irréprochable, si nous voulons bien trancher nettement et carrément la question, au cas échéant.

Quand une famille fait appeler un nouveau médecin, c'est qu'elle n'a pas son médecin ordinaire sous la main. C'est l'expression d'un cas d'urgence ou d'un mécontentement.

Dans le premier cas, l'intérimaire survient et disparaît ; mais si la venue du nouveau médecin est l'effet d'une mesure de mécontentement, nous estimons que le nouveau médecin n'a nullement à s'inquiéter des raisons que peut lui fournir une famille mécontente, qu'il n'a aucun plaidoyer à faire en faveur de ce confrère éliminé qu'il desservirait davantage et sur lequel tout au moins il ne manquerait pas d'établir sa

supériorité par le fait seul de la défense qu'il en ferait, et que le nouveau venu n'a qu'à s'occuper d'imposer silence à tous et de faire régler l'ancien médecin.

Tout le monde est libre ainsi, et c'est plus catégorique que de voir ce nouveau médecin attendre l'exposé de raisons extrêmement sérieuses, pour savoir s'il doit ou ne doit pas remplacer son confrère.

Ne ressortent-elles pas suffisamment, l'outrecuidance et la partialité de cet arbitre qui va trouver son bénéfice au bout de sa sentence ?

De combien nous préférons les raisons de ce médecin, que beaucoup de nous connaissent à B. qui, après avoir évincé quelque confrère dans sa clientèle, expliquait et justifiait sa conduite par ces simples mots :

« Que voulez-vous ? Moi, on me préfère et l'on me garde ; je suis si gentil ! »

C'était un don fatal, irrésistible pour tous, même pour lui.

Il subissait cela ; qu'y pouvait-il ?

Il en souffrait même, le brave cœur !

Nous ne connaissons dans l'histoire que la torture de Midas qui se rapproche de la sienne.

Non, pas de repêchage ! Laissons la *conscience* tranquille.

Tout médecin peut en remplacer un autre, si cet autre est payé ; ne nous empêtrons pas dans la casuistique de subtilités décevantes.

Aussi dans le cas soulevé par la *Ruche médicale* et soumis au Président du Syndicat des Médecins de la Seine, nous nous expliquons fort bien que le Dr X... ait refusé de répondre à l'appel de son confrère, qu'il ait décliné le rôle de médecin consultant qu'on lui infligeait et refusé d'acquiescer, de ce fait, à l'évincement qui devait suivre la consultation.

Nous eussions agi comme lui et pour rien au monde nous n'eussions donné acquit à des manœuvres pouvant porter préjudice à notre situation matérielle ou morale. Nous eussions tout fait pour nous éviter pareille humiliation, pareil discrédit.

Le médecin nouveau prend ici l'attitude formalisée d'un homme blessé ; il a tort : c'est à l'ancien qu'elle appartient.

Arrêtons-nous maintenant au 2e paragraphe de la lettre ci-dessus.

Il faut avouer qu'il nous semble bien difficile de faire une réglementation suffisant à fixer une ligne de conduite au médecin traitant et à l'obliger à recevoir en consultation tel médecin proposé.

La conduite du médecin traitant ne dépend ordinairement que de son inspiration. Cependant, contrairement au correspondant du Syndicat parisien, nous posons, comme principe fondamental, que le médecin traitant d'une famille est l'arbitre des dispositions médicales à prendre dans cette famille ; que supérieur à tout contrôle, il ne relève que de sa conscience pour apprécier l'opportunité des interventions étrangères et en décider.

Malheureusement, c'est un principe idéal. Indiscutable et complet à un point de vue purement théorique, il ne peut garder sa rigueur absolue dans la pratique courante.

Il faudrait, en effet, pour observer exactement ce principe, que le médecin restât seul, souverain maître, vis-à-vis de son malade ; que ni l'un ni l'autre n'eussent à subir les influences, qui s'agitent autour d'un lit : l'entourage, les recettes, les préjugés, les réclames pharmaceutiques, les pressions exercées par les réputations médicales, la concurrence professionnelle, et une infinité d'et cœtera.

Cette dévotion absolue et exceptionnelle des deux hommes, l'un à l'autre, ne se réalise guère que dans les hôpitaux, et encore !

Aussi dans le commerce courant faut-il tenir compte d'éléments nombreux et tendre toujours vers le bien, mais sans espoir de l'atteindre.

Dans la pratique ordinaire, les interventions étrangères auprès d'un malade, consultations ou opérations — nous ne parlons pour le moment que des consultations — se décident toujours de l'une de ces deux façons bien tranchées :

Ou sur la proposition qu'en fait le médecin traitant à la famille ;

Ou sur la proposition qu'en fait celle-ci au médecin traitant, — et naturellement, les conséquences et les devoirs professionnels varieront suivant l'un et l'autre cas.

Dans le premier cas, le médecin qui prend l'initiative de demander une consultation avec un ou plusieurs de ses confrères est un homme qui veut s'éclairer davantage ou couvrir sa responsabilité. Et pour ceci, quoi de plus logique que de le laisser choisir qui pourra le mieux l'éclairer, le mieux le défendre ?

Il faut donc que son droit de choisir soit respecté dans la mesure du possible. Nous n'admettons pas d'une façon absolue le décret rendu, sans considérants d'ailleurs, par notre brochure locale *Conseils professionnels et Principes de déontologie médicale*, stipulant à la page 29 :

« Dans le cas où la consultation aurait lieu avec un seul confrère, le choix du médecin appartient à la famille, etc., etc. »

Qu'importe le nombre en pareil cas ? C'est le motif seul qui vaut. Nous admettons cependant à la rigueur, avec l'aimable petit livre précité, qu'il nous paraît convenable, si plusieurs confrères sont appelés, de laisser quelques choix à la famille ; — mais à titre réciproque.

Pour se décider en son choix, le médecin de la famille n'a nullement à tenir compte des médecins que connaît cette famille, non plus que de ceux qui, pendant quelque absence, ont pu le suppléer dans des cas d'urgence et qui sont survenus *derrière* lui.

A fortiori est-il encore plus libre, s'il doit être pratiqué quelque opération. Bien mal avisé serait à se plaindre, le médecin de nuit, appelé par réquisition ou le médecin témoin d'un accident et distributeur des premiers soins, s'ils n'étaient point appelés à la première consultation et ensuite, pour cette même raison, à toutes les autres.

Certainement, il serait peut-être convenable, et même utile, de les appeler ; mais la recherche de ces convenances, de cette utilité, ne saurait jamais être regardée comme l'exécution d'un devoir.

Dans le second cas, les rôles sont renversés.

Un malade ou sa famille peut, par l'intermédiaire de son médecin, faire une consultation avec qui lui plaît et quand il lui plaît.

Si on ne veut qu'un médecin, la famille le choi-

sit ; si elle en veut plusieurs, il paraît convenable par réciprocité, qu'elle concède à son tour quelques choix à son médecin.

Il faut bien différencier ce cas du précédent : Dans le premier, le médecin traitant demandait une consultation pour s'éclairer ou se garantir ; dans le second, la famille la demande pour elle, pour obtenir une nouvelle assurance, une mise au point à deux ou plusieurs voix, un bulletin médical à plusieurs noms, — car vous avouerez sans peine que cette famille est incapable de deviner les besoins scientifiques du confrère traitant, au besoin sa détresse morale, s'il ne la dit, et de courir à son secours. Personne du corps médical ne lui passerait l'outrecuidance de décider, en connaissance de cause, de l'opportunité d'un médecin de relais.

Donc, pour résumer : dans le premier cas le médecin demande une consultation pour lui ; dans le second, la famille pour elle, et le médecin ne doit jamais la refuser.

Tout ceci se trouve implicitement dans une phrase naïvement futée de l' « aimable petit livre », page 28 :

« Le médecin ne doit pas considérer comme un manque de confiance à son égard le désir exprimé par les familles de lui adjoindre un confrère en consultation, et il est en général prudent d'accepter les consultations demandées par elles, quand même celles-ci ne sont pas absolument indispensables. On se met ainsi à l'abri de toute surprise ultérieure. »

La consultation, *absolument ou non indispensable*, acceptée, le médecin traitant doit-il accepter le ou les confrères proposés ?

En principe, oui ; quel que soit le confrère proposé.

En fait, nous ne voyons que deux cas légitimes de refus ; celui où le proposé est votre ennemi personnel ; celui où le confrère est un gredin sur lequel l'opinion médicale s'est prononcée dans les Syndicats ou les Associations professionnelles.

Nous ne reconnaissons à aucun de nous, qu'elle que soit sa situation, le droit de déclarer, de son autorité propre, son confrère indigne et d'user ainsi d'un facile motif de refus.

« Tu ne jugeras pas », a dit Jésus.

Il n'est pas davantage licite de repousser « *le médecin consultant proposé, s'il n'offrait au médecin traitant toutes les garanties de compétence désirables* », ni de demander « *l'adjonction d'un troisième confrère de son choix, en n'usant de ce procédé qu'avec les plus grands ménagements et la plus grande délicatesse* » (*loc. cit.*, page 29), parce que Jésus a dit : « Tu ne jugeras pas ! », et que dans une science aussi peu certaine que la médecine, où il est utile *de se mettre à l'abri de toute surprise ultérieure*, où les bourdes des grands n'ont sur celles des petits que le mérite de rester historiques, nul ne peut se faire fort de déclarer insuffisante la compétence de son voisin, et que les délicatesses à trouver, et que les ménagements à employer sont d'un usage et d'un doigté si difficiles, que pour un confrère qu'on épargnera, il en est vingt que l'on blessera, et de la façon la plus perfide, la plus jésuitique, la plus ignoble, souvent sous le masque d'une répugnante bonhomie — et involontairement, bien rarement car il y a une question de profit, — et qu'enfin, du moment que la consultation n'est pas plus *indispensable* que ça, pour le médecin traitant, qu'elle n'a sa raison d'être que pour la famille — consultation de façade ! — qu'importe que ce soit Pierre ou Paul du corps médical qui survienne !

Car, voyez-vous, mes chers confrères, derrière toutes les restrictions de l' « aimable petit livre » nous voyons dissimuler l'esprit de coterie, cet abominable esprit qui, chez nous, est le génie et l'origine de toutes les fautes et de toutes les haines, la fin de toute déontologie, ou si vous aimez mieux, de tout honneur professionnel.

Nous le déclarons bien hautement, parce que le mal a déjà fait trop de progrès un peu partout : si les professeurs d'une faculté repoussent comme incompétents les agrégés ; si les uns et les autres repoussent les médecins des hôpitaux et si tous se repoussent mutuellement en raison de titres aussi décoratifs que vains, devant les difficultés graves, on forcera alors les prolétaires de la profession médicale à s'appeler, à s'entr'aider, à donner l'exemple de la vie confraternelle. Et que les puissants y prennent garde ! Quand ils auront créé de leurs mains la solidarité des humbles, pour les revendications, pour la lutte, qu'ils auront fait le poids du nombre et détruit son inertie, il n'est pas de situation, si haute qu'on la rêve, que le flot ne puisse balayer.

Pourquoi donc l' « aimable petit livre » ne tranche-t-il carrément les questions comme nous et se garde-t-il des échappatoires ?

Pourquoi ne dit-il pas : deux docteurs honorables sont deux hommes ayant des titres égaux dans leur profession et partant se valant dans les cas particuliers de l'exercice de cette profession ? Et enfin nous terminerons ce second article en montrant les inconséquences et les contradictions de l' « aimable petit livre » qui autorise le médecin traitant, avec du tact, des ménagements, des habiletés, à déclarer devant les gens du monde l'incompétence de certains confrères, après avoir pourtant écrit à la page 26 ces lignes qui se passent de commentaires :

Le public recherche avec une avidité malsaine les appréciations portées par tel ou tel sur ses confrères. On devra donc soigneusement s'abstenir de toute parole malveillante ou *ambiguë*. Faire la critique d'un absent est chose peu honorable ! *D'un autre côté on est toujours porté à mal interpréter ou à dénaturer nos jugements.* Il est donc utile d'observer en toutes circonstances la plus grande réserve. Une parole mal comprise, rapportée à un confrère, peut le froisser et en faire un ennemi. Souvent certaines personnes peuvent avoir intérêt à créer des dissentiments parmi nous. C'est toujours nous qui avons à en souffrir. Nous ne devons pas faire le jeu de cette partie peu intéressante du public, à la parole de laquelle nous ne devons accorder aucune créance. (*La Défense médicale.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins des Côtes-du-Nord

Séance annuelle du 18 juillet 1898.
Présidence du Dr BEDEL.

Précédant celle de l'Association, la séance du Syndicat est ouverte à 11 h. 1/4, dans une des salles de la gare.

Etaient présents à la réunion : MM. Allo, Aubry, Bedel, Le Branchu, Bourgault, Ch. Bellamy, F. Bellamy, Baudoin, Brindejonc de Tréglodé, Paul Boucher, Corson, Coupu, Codet, Delafargue, Donne, Frogé, Guibert, le Guern, du Gourlay, Guézennec, Ernest Gaultier, Huet, Le Lionnais, Laboureur, Le Moniet, Moy, Mahé, Nimier Petitpas, Pallier, Pilorge, Thierry, Le Voyer.

S'étaient excusés : MM. Aurégan, Bourel-Roncière, Barbé-Guillard, Chauvière, Chatelet, Le Comte, Chambrin, Deshaye, Gouézou, Haquin, Lhostie de Kerhor, Morault, d'Yffiniac, Morault, de Rostrenen, Martin, Moulin, Ollivier, Pépin, Potier, Texier père, Texier fils.

Les confrères, cette année, avaient eu l'amabilité de se rendre encore plus nombreux à notre réunion.

Nous constatons avec la plus grande satisfaction cet empressement à assister à notre réunion annuelle. C'est une preuve de bonne confraternité qui seule peut dissiper bien des préjugés et bien des malentendus.

Le Dr Le Bel, d'Uzel, et le Dr Symon de Villeneuve, de Quintin, ont donné leur démission.

Dès l'entrée en séance, nous procédons à l'élection des nouveaux confrères :

MM. Pilorge, de Corseul ; Dr du Gourlay, de Saint-Brieuc ; Dr Paul Boucher, de Quintin ; Dr Ernest Gaultier, d'Evran ; Dr Darnal, d'Hénanbihen ; Dr Aurégan, de Lannion ; Dr Laboureur, de Lézardrieux ; Dr Guézennec, de Tréguier ; Dr Coupu, de Lamballe ; Dr Mahé de Lanvollon ; Dr Moulin, d'Evran ; Dr Potier, de Merdrignac.

Ces douze confrères sont admis à l'unanimité des membres présents.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Le compte-rendu du trésorier est lu et adopté et des félicitations lui sont votées.

Allocution du Président :

Messieurs et chers Confrères,

Fidèle à notre constante habitude, je veux ouvrir cette séance en souhaitant la bienvenue aux nombreux et estimables confrères qui viennent de grossir notre phalange.

Si, comme j'ai tout lieu de le penser, cette progression continue, bientôt tous les médecins du département feront partie du syndicat. Pour atteindre ce but si désirable, je vous engage tous, Messieurs à faire une propagande active, surtout près des jeunes confrères encore dissidents et à bien leur faire comprendre l'intérêt majeur qu'ils ont à ne pas rester isolés.

L'Union des Syndicats a désiré que nous missions à notre ordre du jour la question de plus en plus controversée de l'opportunité de la création d'un ordre des médecins. Vous n'avez pas oublié, Messieurs, que l'année dernière nous en avons voté le principe.

L'Association des Médecins de France a, dans sa dernière assemblée générale, confié à une commission, le soin d'examiner cette question ; je pense donc que pour le moment nous n'avons pas à nous en occuper

Je vais vous entretenir avec détails d'un cas de médecine illégale, nettement caractérisé, que nous avons eu le chagrin de ne pouvoir poursuivre.

Au commencement de novembre 1897, le Président du Syndicat était informé par M. le Dr Rabasté, de Jugon, du fait suivant :

Le 26 septembre 1897, A... fit une chute si malheureuse qu'elle se fit une luxation coxo-fémorale. Un nommé X..., rebouteur à Trégon, fut appelé, et, après avoir opéré, déclara que la malade serait guérie sous 40 jours.

Cinq ou six semaines après, la malade, se sentant indisposée, fit appeler M. Perrichon, médecin à Plénée, qui, au cours de sa visite, essaya de réduire la luxation, mais ne put y réussir à cause du long temps écoulé depuis l'accident.

Aussitôt averti, le Président déféra ce fait au Conseil judiciaire du syndicat et, vu un avis conforme, adressa une plainte à M. le Procureur de la République de Dinan.

L'enquête eut lieu, très complète et très sérieuse ; mais elle ne donna malheureusement pas les résultats attendus.

La victime et ses parents se refusèrent à porter plainte contre le rebouteur, qu'ils disculpèrent bien plutôt, et dont ils prétendirent ne savoir ni le nom ni l'adresse.

La gendarmerie parvint cependant, après de minutieuses recherches, à découvrir que non pas un seul, mais deux rebouteurs au moins, avaient été appelés successivement près de A... et à établir leur identité.

L'un de ces rebouteurs, interrogé, reconnut s'être rendu près de la malade et avoir reçu 10 francs de l'un des frères A... pour son déplacement ; mais il nia avoir pratiqué la réduction de la luxation.

L'autre, qui est en même temps marchand de moutons, avoua également être allé chez la malade et lui avoir donné ses conseils, mais par pure complaisance et sans avoir reçu de gratification.

M. le Procureur près le tribunal de Dinan eut l'obligeance de faire communiquer les résultats de l'enquête à votre Président par l'intermédiaire de M. le Juge de paix de Lamballe, mais il l'informait en même temps qu'en présence du vague des dépositions, il décidait de ne pas poursuivre d'office et laissait au Syndicat le soin d'appeler les rebouteurs devant le tribunal correctionnel, s'il le jugeait utile.

Après avoir pris l'avis du Conseil judiciaire, votre Président a pensé qu'il était téméraire d'intenter devant le tribunal de Dinan, aux frais du Syndicat, une poursuite que M. le Procureur considérait lui-même comme si incertaine, qu'il refusait de l'engager d'office.

Plus heureux que nous, notre confrère Rabasté, de Jugeon, a fait condamner une somnambule ; nous lui adressons toutes nos félicitations.

Messieurs, vous savez que les élections pour le Conseil général sont fixées au 31 juillet. A ce sujet, notre confrère le Dr Charles Bellamy a émis une idée que j'approuve complètement : c'est de ne donner notre appui au candidat de notre choix, qu'autant qu'il prendra l'engagement de soutenir à l'occasion, les justes revendications du corps médical.

C'est par cette proposition réellement pratique et qui va être mise aux voix, que je termine ce compte-rendu.

Je ne veux pas oublier d'offrir au Dr Pépin, de Dinan, toutes nos félicitations pour la nouvelle médaille que vient de lui décerner l'Académie de médecine.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité et une circulaire va être immédiatement envoyée tant aux candidats qu'aux médecins.

Les pouvoirs du président et du trésorier étant arrivés à leur terme, MM. Bedel et le Voyer sont réélus à la presque unanimité.

La séance du Syndicat est levée et l'Association entre à son tour en séance.

Le banquet traditionnel nous réunit en très grand nombre dans la grande salle du rez-de-chaussée de la gare, spécialement aménagée pour nous.

Le président, Dr Bedel. *Le Secrétaire du Syndicat*, Dr Paul Aubry.

Exercice illégal.

Recommandations importantes à MM. les Membres du Syndicat médical des Côtes-du-Nord,

Par Me Gourdet,

Conseil judiciaire du Syndicat.

Le premier soin d'un syndiqué, lorsqu'un fait d'exercice illégal parvient à sa connaissance, est d'en informer immédiatement le président du Syndicat, en donnant le plus de détails possible sur : le lieu, le jour et l'heure où s'est passé l'événement ; les noms, prénoms, professions et domiciles de l'auteur du délit, de la victime ou de ses parents, des témoins ; la fortune ou les ressources *personnelles* de l'empirique, et son état-civil si c'est une femme. Cette référence au Président du Syndicat est en principe obligatoire, toutes les fois qu'il n'y a pas mort ou danger imminent de mort, de la victime, et que le fait délictueux ne paraît devoir entraîner que des blessures.

Si, au contraire, le fait d'exercice illégal relevé semble exiger une action immédiate (par exemple des constatations matérielles, une autopsie) ou s'il y a décès, paraissant provenir manifestement de l'intervention de l'empirique, le syndiqué devra signaler d'urgence ce fait, *en même temps qu'au président du Syndicat, et par ordre de préférence* :

1° Au commandant de la brigade de gendarmerie de la commune où s'est passé le fait délictueux ou, si la commune n'a pas de gendarmes, au commandant de la brigade dont dépend la commune où le fait s'est passé ;

2° Si le commandant de la brigade ne veut pas agir ou hésite à agir, sans ordres, et si le cas est vraiment grave, au Procureur de la République près le tribunal de l'arrondissement où le fait s'est passé.

Les maires et juges de paix sont également officiers de polices auxiliaires et peuvent être aussi saisis de la plainte ; mais ces magistrats n'agiront jamais ou presque jamais qu'après avoir informé et consulté le Parquet de l'arrondissement. Il est donc préférable de s'adresser soi-même au Parquet, lorsque le fait en vaut la peine. Si, au contraire, la gravité du fait était douteuse ou si une mesure provisoire urgente s'imposait, soit pour la sauvegarde de la victime, soit pour la recherche ou la constatation de la vérité, il y aurait lieu de s'adresser non plus directement au Parquet, mais au maire, ou, *de préférence*, au juge de paix, qui pourraient alors prendre provisoirement les précautions nécessaires.

Les autorités du lieu où le fait s'est passé ne sont pas exclusivement compétentes ; la plainte peut aussi être adressée aux autorités du lieu où le prévenu a été arrêté. Mais le Code d'instruction criminelle, dans les articles 23, 63 et 69, ayant indiqué l'autorité du lieu où le fait s'est commis, comme celle qui devait être saisie de préférence, il importe aux membres du Syndicat de s'adresser en première ligne aux autorités du lieu du délit, dans le double but de faciliter les constatations et d'éviter le retard qu'occasionnerait le dessaisissement d'un des deux autres Parquets, au profit de celui du lieu où le fait s'est passé.

D'ailleurs, dans tous les cas embarrassants, les syndiqués sont priés de télégraphier au Conseil judiciaire. Me Gourdet, avocat à Saint-Brieuc qui les renseignera, par la même voie, sur la conduite à tenir.

Les membres du Syndicat ont tout intérêt à n'user qu'exceptionnellement et à bon escient de la plainte directe, car le Syndicat n'entend en principe sous sa responsabilité que les plaintes portées après autorisation du Président ou consultation conforme du Conseil judicaire.

Note du Bureau.

Le Bureau croit devoir faire suivre les recommandations ci-dessus de celle non moins importante que voici :

Plusieurs fois déjà les Parquets ont trouvé dans l'indolence des médecins plaignants ou dans le vague des dépositions des syndiqués, qui sont interrogés sur des faits de médecine illégale, des raisons de ne pas intenter des poursuites d'office. Il est de toute nécessité que le médecin plaignant se pénètre de cette idée qu'il doit se considérer et qu'il est de fait considéré par les parquets *comme le pivot de l'affaire*.

Son interrogatoire par la gendarmerie ou par le juge d'instruction décidera la plupart du temps de la continuation ou de l'abandon des poursuites.

C'est donc à lui à *bien préciser les faits* et à bien faire ressortir la gravité des infractions qu'il a constatées et des lésions ou infirmités qu'a pu entraîner l'ingérence des empiriques.

Le rôle du médecin plaignant ne doit pas se borner au seul fait de déposer sa plainte.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins conseillers généraux.— Le nombre des médecins qui viennent d'être élus ou réélus conseillers généraux est considérable, et nous devons renoncer à en dresser la liste. Nous leur adressons donc en bloc nos félicitations.

Signalons cependant quelques faits particulièrement intéressants.

Au nombre des nouveaux élus nous trouvons avec plaisir M. le Dr D. Fourmestreaux (de Versailles), ancien président de l'Union des Syndicats. MM. les Drs Gacon (Allier), Turgis (Calvados), Combes (Charente-Inférieure) Theulier (Dordogne), Signard (Haute-Saône), Bresheau (Indre), Lourties (Landes), Théophile Roussel (Lozère), Pailard (Nièvre), Pujade (Pyrénées-Orientales), Trotobas (Var), ont été appelés à la présidence de l'assemblée départementale.

Est-il enfin permis d'espérer que les intérêts du corps médical seront mieux défendus que par le passé en ce qui touche les services du département.

Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Pillet, de Niort, président du Syndicat des Deux-Sèvres, membre du Concours, pour sa nomination dans la Légion d'honneur, ainsi qu'à notre distingué collègue de l'Association de la presse médicale, M. le Dr Valude, médecin des Quinze-Vingts, auquel la même distinction vient d'être accordée.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs le décès de M. le Dr Watremez, de La Flotte (Charente-Inférieure), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 38 17 SEPTEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

AVIS IMPORTANT

La réunion prochaine du Conseil d'administration de **l'Association amicale pour l'indemnité maladie,** *aura lieu dans la seconde quinzaine de septembre.*

Les nombreux confrères qui ont sollicité l'admission pour le 1er octobre, sont instamment priés d'adresser leurs dossiers remplis, au Secrétaire général, Dr Jeanne, Meulan (S.-et-O.), avant le 20 septembre. Passé cette date, ils ne pourraient plus entrer qu'en janvier 1899, ce qui entraînerait pour eux une prime plus élevée.

Le même jour aura lieu la réunion du Conseil du **Sou médical**. *Les sociétaires ou dizainiers, qui n'ont pas encore effectué leurs versements au trésorier, Dr Gassot, Chevilly (Loiret), ou ne sont pas encore convenus avec lui de la date des payements, sont invités à remplir cette formalité au plus tôt. De même, les sociétaires qui ont eu à recourir aux bons offices de l'œuvre, sont priés de faire connaître au Secrétaire général, Dr Jeanne, Meulan (S.-et-O.), le résultat de l'intervention, ou l'état actuel des affaires encore pendantes.*

PROPOS DU JOUR

Le service médical des petits hôpitaux.

L'un des abus les plus criants et les plus répandus que nous connaissions dans la situation des médecins de province, est celui du recrutement du personnel médical hospitalier des petites localités.

Il y a plus de dix ans que le *Concours médical* a réclamé sur ce point une réforme, dont l'urgence va grandissant avec l'augmentation d'importance acquise par ces établissements à la faveur de la création de l'Assistance médicale. Et rien ne vient.

Le concours, que M. Gassot voulait voir appliquer partout, fonctionne dans les grandes villes, et, malgré le tribut qu'il paye au népotisme, il donne de réelles garanties.

Mais, dans les petits hôpitaux, aucune autre règle que le favoritisme ne préside à notre nomination et à notre renvoi, et ce favoritisme s'exerce dans des proportions véritablement stupéfiantes.

Désireux de ne froisser personne nous éviterons d'en citer des exemples : mais on peut nous croire sur parole.

Ce qui nous attriste surtout en cette affaire, c'est de voir que le Corps médical ne s'élève pas avec l'énergie suffisante contre les intrigues qui prolongent l'abus ; que quelques-uns des nôtres, même, ne craignent pas de s'abaisser jusqu'à y jouer le rôle d'instigateurs, de complices ou de bénéficiaires.

Rien n'est changé, on le voit, depuis l'époque où MM. Gassot, Lardier, Barat-Dulaurier, etc.. ont agité cette question et exprimé nos doléances dans des articles que le *Concours* a publiés en 1888.

Pourquoi ?

Parce que, là encore, individuellement, ou groupés dans nos Syndicats, nous avons négligé de faire notre besogne nous-mêmes.

Il est d'ailleurs un système de recrutement qui n'a pas été assez étudié, auquel notre esprit n'était pas préparé peut-être, mais qui donnerait d'excellents résultats à tous égards : nous l'affirmons pour l'avoir pratiqué depuis sept ans. Il découle, en somme, de l'application de la loi de 1893, ou du moins se trouve légitimé par elle. On peut le formuler ainsi : « *Dans une localité pourvue d'un petit hôpital et où résident moins de six médecins, le service est assuré (simultanément ou par roulement) par tous ceux de ces médecins qui participent au service d'Assistance médicale, et l'indemnité est répartie également entre eux.* »

Imposez aux confrères ainsi nommés le devoir absolu de s'aider et de se suppléer en toute occasion, et dites-nous si l'intérêt des malades ne sera pas satisfait en tout temps. Obligez-les à désigner un d'entre eux pour tous les rapports avec la commission, en le faisant agréer par celle-ci, et demandez-vous s'il est un meilleur moyen d'entretenir de bonnes relations avec elle pour le bien de l'établissement. Le jour où le délégué a cessé de plaire, on le change et voilà tout. Faites-leur prendre enfin l'engagement, qu'en cas de conflit entre le service médical et la Commission, le premier s'inclinera sans jamais *démissionner*, et sans avoir en revanche à subir de *révocation* : la paix et le respect de l'autorité ne seront-ils pas assurés, autant qu'ils peuvent l'être par n'importe quel système ?

Ce large recrutement supprimerait les inconvénients du favoritisme et ceux de l'ancienneté *érigée en règle générale* : il assurerait aussi bien que le concours les meilleurs soins aux malades ; il ferait disparaître les conflits uniquement personnels, nés des luttes politiques, religieuses ou électorales ; il réaliserait un pas immense vers l'égalité dans nos droits et nos devoirs ; enfin et surtout, il rétablirait l'entente entre nous sur des milliers de points, car rien ne vaut l'hôpital, notre champ de bataille, pour resserrer les liens d'estime et d'amitié entre médecins.

C'est un régime à établir partout nous-mêmes, quand nous le voudrons, sans qu'il soit besoin de recourir à la Providence gouvernementale, si lente en ses actes ; en procédant par extinction, afin de respecter les services rendus. Employons-nous individuellement à faire dans ce sens le siège des Commissions administratives ; que les Syndicats prêchent de même auprès des Préfets et obtiennent même d'eux des circulaires qui pèseront beaucoup plus qu'on ne croit sur ces commissions ; que le Ministre, enfin, dûment sollicité, invite les Conseils généraux à réclamer la mesure comme corollaire de la loi de 1893.

Et nous aurons fait là pacifiquement, par une éclatante initiative, l'une des plus salutaires révolutions que puisse rêver le Corps médical.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement médical de l'épilepsie.

Le terrible mal qu'est l'épilepsie a résisté jusqu'ici à presque toutes les tentatives médicales et chirurgicales de la science pour la détruire ou même seulement pour la combattre. La médecine y a épuisé ses bromures, ses valérianates, ses opiacés ; l'hydrothérapie ses bains et ses douches ; l'électrothérapie, la métallothérapie, la

FEULLETON

L'Iatrophobie.

Dans une de ses dernières séances, l'Académie de morticulture a écouté avec le plus vif intérêt la lecture d'une communication due à l'un de ses membres les plus distingués. Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire in extenso cet important travail qui, croyons-nous, fera époque dans les fastes de la savante Société.

Messieurs et chers collègues,

Un fait dont l'observation n'est pas de date récente et qui ne fait plus de doute aujourd'hui pour aucun de nous, c'est la transformation que subissent les maladies durant la longue suite des siècles : changement qui se fait presque toujours dans le sens de l'atténuation.

C'est ainsi, pour ne vous en citer qu'un exemple, que si l'un de nos malades de l'hôpital Ricord se trouvait tout à coup en présence du pauvre Job dont l'écriture nous dépeint d'une façon si saisissante les accidents secondaires, il se refuserait à voir en cette loque sanieuse et geignante un confrère en infortune. C'est ce que l'un de nous a si spirituellement exprimé en disant que les coups de pied de Venus étaient devenus moins terribles.

Il en est ainsi pour une foule de maladies que je me dispenserai de nommer pour ne pas fatiguer l'attention de l'Académie.

En revanche, de nouvelles affections inconnues d'Hippocrate viennent assaillir la pauvre humanité. Chaque jour, le cadre nosologique s'enrichit d'un vocable nouveau qui, presque toujours, répond à une entité morbide nouvelle.

De ce nombre est la maladie dont je viens vous entretenir aujourd'hui et que je vous propose de désigner sous le nom d'*iatrophobie.* Loin de moi la prétention d'avoir découvert cette affection — encore moins d'avoir isolé son microbe ! — mais j'espère que, de l'étude consciencieuse que j'ai faite de ses causes et de ses principaux symptômes, je pourrai tirer quelques indications utiles au point de vue du traitement qu'il convient de lui opposer, et concourir ainsi, dans la mesure de mes faibles moyens, au progrès de la science.

kinésithérapie ont échoué avec leurs pratiques galvaniques, faradiques, statiques, métalliques, gymnastiques ; enfin, la chirurgie, qui a aussi essayé de lutter en faisant des trépanations et des extirpations, n'a obtenu que des succès dérisoires et instables. Et cependant, bien des recherches, bien des études sont encore actuellement en cours pour trouver la vraie cause et le remède de cette décourageante névrose.

M. Maurice de Fleury a pensé qu'il y avait peut-être lieu de revenir au traitement médical, et, mettant à profit les recherches modernes sur les auto-infections, les travaux sur la toxicité urinaire et l'hypotoxicité aux différents états de l'épileptique, il a voulu instituer l'hygiène de l'appareil digestif et l'hygiène de l'appareil circulatoire. Il est convaincu que l'alimentation, susceptible de réduire au minimum les troubles circulatoires, anémie ou congestion, l'irritation mécanique du tube digestif, la fermentation anormale et la production des toxines, est éminemment utile.

Ajoutez à cela l'exercice au grand air, la vie des champs, l'absence de tout excès et vous obtiendrez de meilleurs résultats qu'avec les bromures et les antispasmodiques à hautes doses.

La pratique du séro-diagnostic.

Dans un article de cette année, nous avons développé et expliqué aux lecteurs du Concours les différents détails de la méthode du séro-diagnostic de Widal.

Mais, comme certains points ont été plus ou moins modifiés depuis cette époque, nous croyons utile d'y revenir en quelques mots, en empruntant la description de M. Milian dans la *Revue des Nouveautés médicales* :

Quand on examine au microscope une goutte de culture en bouillon de bacille d'Eberth âgée de vingt-quatre ou quarante-huit heures (1), on voit, comme on sait, les bacilles s'agiter dans la culture : les uns culbutent sur eux-mêmes, les autres traversent comme un éclair le champ de la préparation, d'autres s'avancent plus lentement en serpentant, etc. ; cela grouille comme une fourmilière, mais chacun d'eux manœuvre seul et l'on ne distingue aucun amas bacillaire. Si, au contraire, à X gouttes de cette culture on ajoute la goutte de sang d'un typhique en pleine période de maladie, le tableau change complètement : rapidement, en un quart d'heure, une demi-heure, une heure, les microbes s'agglomèrent en amas qui placardent la préparation, *ils s'agglutinent*, et, dans l'intervalle des placards, on distingue à peine quelques solitaires aux mouvements ralentis, qui viennent, attirés par une force invisible, s'accoler à leurs congénères déjà agglomérés. Telle est la *réaction de Widal*.

Cette réaction microscopique est appréciable aussi *à l'œil nu*. En effet, la culture, additionnée de sérum, au lieu de l'aspect uniformément trouble des cultures normales, se clarifie peu à peu. En quelques heures, le bouillon devient presqu'entièrement limpide ; au fond du tube, un amas blanc floconneux se dépose, ce sont les microbes agglutinés, amoncelés ; si l'on agite le tube, l'amas blanc se dissocie en une multitude de petits grumeaux, qui flottent dans le liquide et redescendent lentement au fond du tube, où ils s'accumuleront à nouveau à la mise en repos.

La recherche ainsi pratiquée nécessite un outillage assez complexe : étuve, culture mère vivante devant servir aux réensemencements, etc. Elle est de beaucoup simplifiée pour le praticien depuis qu'on sait que la réaction se produit aussi bien sur les bacilles morts que sur *les bacilles vivants*. Chose plus singulière encore, Nicolle a dernièrement montré que le phénomène se produisait sur les cultures privées de microbes par filtration préalable. Quoique difficile à expliquer, le fait est exact et a été vérifié par MM. Widal et Sicard. Ce serait donc là l'idéal du procédé simple, mais l'expérience n'en a pas encore été suffisamment faite pour que nous le recommandions. Nous indiquerons seulement de quelle façon, on doit pratiquer le séro-diagnostic avec les cultures mortes, procédé le plus recommandable par sa simplicité.

***

(1) La culture de quarante-huit heures est plus commode, car les éléments bacillaires y sont plus grands et par suite plus faciles à voir.

Je désigne par ce mot « *Iatrophobie* » une maladie infectieuse, virulente, caractérisée, comme son nom l'indique parfaitement, par la crainte, par l'horreur du médecin.

Les causes prédisposantes de l'iatrophobie me paraissent résider principalement dans l'*ignorance* et la *faiblesse d'esprit* si communes encore de nos jours malgré les bienfaits de l'instruction.

Plus nombreuses sont les causes déterminantes. Je citerai en premier lieu, le *charlatanisme* qui va chaque jour étendant sa tache d'huile sur notre pauvre profession ; l'*ingratitude* inhérente à la nature humaine ; l'*orgueil et la vanité froissés* du monsieur qui souffre d'avoir eu un témoin de ses petites faiblesses et de ses misères ; enfin, ce sentiment d'irritation profonde qu'éprouvent beaucoup de gens quant il leur faut reconnaître, en espèces, les soins dont ils ont été l'objet. Pour un peu, ils paraphraseraient le cri du cœur du bon loup qui avait poussé la générosité jusqu'à ne pas retenir entre ses mâchoires le cou de la cigogne :

« Votre salaire ?
« Vous riez, mon gai compère :
« Quoi ! ce n'est pas encore assez
« D'avoir de mon sphincter approché votre nez ! »

Symptomatologie. — Rarement la maladie éclate brusquement en pleine santé. Comme ces états infectieux qui se greffent sur une maladie à son déclin, l'iatrophobie se développe d'ordinaire dans le cours d'une affection chronique.

Certains prodrômes qui ne sont pas constants, pourront mettre sur la voie le praticien dont la défiance est éveillée ; tels sont les doutes émis par le malade sur l'efficacité du traitement institué ; des conciliabules brusquement interrompus par l'arrivée du médecin : des voisines, toujours les mêmes, se glissent discrètement hors de la chambre à son entrée et s'évanouissent comme des ombres... vous flairez le danger ; impossible de le saisir.

Des fioles, des paquets disparaissent comme par enchantement dans la profondeur des poches, sous les oreillers ou dans les recoins de la table de nuit.

D'autres fois, le début est brusque et succède alors, dans l'immense majorité des cas, à une réclamation d'honoraires.

Une fois constituée, la maladie se révèle par le ca-

Culture à employer. — On se la procure toute prête dans un laboratoire où la générosité est un usage. Elle y a été préparée en ajoutant à une culture vivante, datant de vingt-quatre ou quarante-huit heures, une ou deux gouttes de formol du commerce. Les microbes sont morts et comme « embaumés », mais on ne trouve aucun amas. Dans certains cas, on peut voir des grumeaux dans le bouillon ; mais ce sont de faux amas, car ils disparaissent par l'agitation du tube. La culture ainsi préparée se conserve très bien ; le formol la protège contre les contaminations extérieures. On peut donc garder chez soi longtemps (des semaines) les tubes à culture, avant de les utiliser.

Prise de sang. — A l'hôpital, on recueille facilement et rapidement une bonne quantité de sang, en appliquant une ventouse scarifiée au sujet suspect de dothiénentérie ; mais, en ville, la ventouse scarifiée est un instrument rare.

Il sera donc plus simple, après nettoyage soigné à l'éther et flambage de la lancette, de piquer un doigt quelconque sur la face dorsale, à 15 millimètres en arrière de l'ongle. La petite incision doit être perpendiculaire à l'axe du doigt ; *le sujet a la main pendante.* Ces précautions prises, et en malaxant le doigt de la base vers l'extrémité, le sang s'écoule très facilement. On recueille celui-ci dans un récipient quelconque nettoyé à l'éther.

On peut utiliser le sang tel quel, extemporanément, ou le sérum, qui surnage après formation du caillot.

Technique de la séro-réaction. — Dans un tube de mince calibre, tel qu'un tube à essai étroit, ou la petite éprouvette de l'hématimètre de Hayem, on laisse tomber XXX gouttes de la culture formulée. On ajoute, *avec le même compte-gouttes*, trois gouttes du sang ou du sérum recueilli. On agite le mélange, et dès lors, on peut suivre la réaction de deux façons, soit à l'œil nu, soit au microscope.

Réaction microscopique ou clarification du bouillon. — Si le sang employé vient d'un typhique, on voit peu à peu de petits grumeaux se former dans la culture et, au bout de quelques heures, un dépôt floconneux existe au fond du tube ; le reste du bouillon est devenu limpide. L'agitation du tube trouble à nouveau de bouillon en y faisant voltiger les grumeaux formés par les amas microbiens.

Assez souvent la clarification du bouillon n'est pas complète ; la réaction est incertaine. Il faut recourir à l'examen microscopique.

Rédaction microscopique. — Ces microbes non colorés, en liberté dans le buillon, ne sont pas très faciles à voir ; aussi faut-il observer quelques précautions pour y arriver.

L'objectif à immersion n'est pas recommandable : avec lui, la mise au point est difficile ; d'autre part, la lamelle s'y colle grâce à l'huile de cèdre, ce qui rend impossible tout examen. Il vaut mieux employer les objectifs ordinaires à fort grossissement : obj. 7 et oc. 4 ou 5 de Leitz, par exemple, ce qui équivaut à un grossissement de 590 ou 800 diamètres.

Les conditions de l'éclairage ne sont pas moins importantes : diaphragme moyen et miroir courbe sont en tout temps les adjuvants nécessaires du grossissement que nous recommandons ; mais, pour le cas particulier, il faut, de plus, fermer à peu près complètement le diaphragme-iris ; sinon les microbes transparents seraient noyés dans le flot de lumière et parfaitement invisibles. Fort grossissement et éclairage sombre (tous diaphragmes dehors) sont donc les conditions essentielles d'un bon examen. Il va sans dire que le condensateur Abbe est inutile.

Ainsi armés, nous pouvons partir pour la mise au point. Elle n'est pas toujours des plus commodes, surtout lorsqu'on a employé du sérum et non du sang pur pour la réaction. On passe, en maniant la vis micrométrique, au-dessus ou au-dessous du plan à examiner avec une facilité désespérante. Aussi faut-il manœuvrer très lentement la petite vis micrométrique, par 1/20 de tour et essayer la mise au point, non sur les microbes, mais sur une bulle d'air ou sur le bord de la lamelle. Lorsqu'on a employé du sang et non du sérum, la mise au point est très facile, grâce aux nombreux globules rouges, qui flottent dans la préparation.

Les agglutinements pour être caractéristiques, doivent être nombreux et volumineux. Il faut que le champ du microscope en soit placardé.

***

---

ractère dominant : l'horreur profonde inspirée au malade par son médecin, le besoin irrésistible de dire du mal de lui, de lui faire le plus de tort possible.

Le prosélytisme, le besoin de répandre la contagion est en effet un symptôme constant de cette affection. Cette diffusion de l'agent infectieux se fait par la parole, par les écrits (contagion par le livre), et par les actes.

Rien ne coûte à ces apôtres pour propager la bonne parole ; toujours en quête de malades en cours de traitement, ils les assaillent et les circonviennent, leur parlant drogues secrètes, onguents et conseils, et ne leur laissant de répit que lorsqu'ils ont remercié leur médecin et demandé l'adresse d'une somnanbule — adresse qui se trouve toujours prête dans la mémoire de l'iatrophobe, et qui est donnée, on devine avec quel empressement.

Je connais une malade de ce genre chez qui l'affection revêt son plus haut point d'acuité et de virulence et qui se charge de la correspondance entre la personne qu'elle cherche à infecter et la somnambule à qui elle a voué un culte, auprès duquel la foi des premiers chrétiens n'était que de la gnognotte.

Munie d'une mèche de cheveux et du nom de l'animal que le malade déteste le plus — quelquefois, c'est le nom du médecin — elle court, elle vole vers le salut représenté par la dame au bandeau, et elle revient portant dans le ciboire de son cœur, la parole de vie, et dans son sac, la fiole de guérison.

Durée. Terminaison. — Le mode de terminaison le plus habituel de l'iodrophobie est le passage à l'état chronique.

Il est cependant des cas où j'ai constaté une brusque disparition de tous les accidents, causée par l'invasion d'une affection intercurrente (rhume, bronchite, durillon forcé). Du jour au lendemain, parfois en quelques heures, tous les symptômes s'amendent et l'iatrophobe réclame à grands cris le secours du médecin dont le nom seul lui faisait, la veille, perler la sueur aux tempes.

Mais il ne faudrait pas se laisser prendre aux apparences et considérer la guérison comme définitive ; le rhume guéri, la maladie première fait un

Nous pouvons résumer dans le tableau suivant ce que nous venons de dire :

Culture à employer. — Culture en bouillon de bacille d'Eberth tuée à l'âge de vingt-quatre ou quarante-huit heures par l'addition de II gouttes de formol.

a) Agiter avant de s'en servir pour dissocier les pseudo-amas.

b) Examiner au microscope, au moment de l'examen, s'il n'y a pas d'amas préformés.

Prise de sang à la lancette. — Face dorsale d'un doigt en arrière de l'ongle, la main du sujet étant pendante.

Réaction. — 1° Dans un tube à essai, mêler XXX gouttes de la culture précédente à III gouttes du sang du sujet examiné.

2° Examen microscopique praticable au bout de quinze à trente minutes (parfois plus tôt, parfois plus tard. a) Oc. 3, obj. 7 du microscope Leitz, miroir concave, diaphragme-iris. b) Mise au point sur les globules rouges. c) Amas caractéristiques : nombreux et volumineux.

3° Examen microscopique : clarification de la culture avec dépôt floconneux au fond du tube, au bout de quelques heures.

Les vomitifs dans l'infection bronchique

De même qu'il n'existe qu'un moyen de diminuer les fermentations intestinales, c'est de vider l'intestin à l'aide d'un purgatif, de même le meilleur moyen, d'après M. Albert Robin, de diminuer les fermentations bronchiques est aussi de vider les bronches. En d'autres termes, le vomitif est, comme agent thérapeutique, aux fermentations et infections bronchiques, ce que le purgatif est aux fermentations et infections intestinales. (*Revue intern. méd. et chir.*)

Le vomitif répond à plusieurs des indications qui sont à remplir dans les infections bronchiques aiguës et dans les infections chroniques.

L'ipéca, en particulier, combat efficacement : 1° l'hypérémie pulmonaire au début ; 2° la réplétion et l'obstruction des bronches par le pus à une certaine période de la maladie.

L'ipéca modifie la circulation pulmonaire, par son action sur le système vaso-moteur, en dehors de tout vomissement. L'arrêt des hémoptysies en est une preuve suffisante.

Donc, à titre de « décongestionnant », l'ipéca est indiqué au début de la broncho-pneumonie. De plus, le vomitif répond à une autre indication, celle de vider les bronches.

M. Robin a eu maintes fois l'occasion de constater les heureux effets des vomitifs dans le traitement de l'infection bronchique, si fréquente chez les vieillards, car il insiste sur ce fait que la vieillesse n'est pas une contre-indication, comme on pourrait le croire, et la broncho-pneumonie des vieillards est parfaitement justiciable du traitement par les vomitifs, sans crainte de collapsus, ni d'hémorragie cérébrale.

Donc, dans tous les cas où il existe de l'infection bronchique, qu'on ait affaire à la forme aiguë ou à la forme chronique, M. Robin conseille d'avoir recours aux vomitifs qui réalisent le curage des bronches et constituent, de plus, de puissants agents d'oxydation, ce qui est encore l'un des moyens les plus actifs que nous possédions pour nous débarrasser des toxines microbiennes. Après l'administration d'un vomitif (ipéca 1 gr. 50, tartre stibié 0 gr. 05), la température tombe de un et même deux degrés, puis décline progressivement, la gêne respiratoire cesse, l'expectoration diminue. Dès que l'encombrement bronchique a disparu, M. Robin ne donne plus l'ipéca à dose vomitive, il le prescrit seulement à petites doses à titre d'expectorant et de décongestionnant. Il formule la potion suivante :

Oxyde blanc d'antimoine......	1 gramme.
Alcoolature de racine d'aconit.	xx gouttes.
Teinture de belladone.........	x —
Teinture de noix vomique.	x —
Sirop d'ipéca.................	} *ââ* 15 grammes.
Sirop diacode.................	}
Hydrolat de tilleul...........	150 —

Une cuillerée toutes les heures. Cesser en cas de vomissement.

L'antimoine est donné comme expectorant, la belladone comme dessiccateur bronchique, l'aconit comme dessiccateur bronchique atténuant le réflexe bronchique.

---

retour offensif avec une aggravation considérable de tous les symptômes.

Traitement. — S'il est un aveu pénible pour tout homme véritablement digne de ce nom, c'est bien celui de son impuissance — quelle que soit d'ailleurs la circonstance de la vie qui le conduise à cette triste constatation ; — or, il faut avoir le courage de l'avouer, malgré la richesse de l'arsenal thérapeutique moderne, il est peu de maladies en présence desquelles le médecin se trouve aussi désarmé que devant l'affection qui nous occupe.

La fréquence des causes prédisposantes (ignorance et faiblesse d'esprit, la ténacité des symptômes, le peu de durée de l'immunité conférée par une première atteinte, font de l'iatrophobie une maladie comparable à la teigne.

Les progrès incessants de la bactériologie nous permettent d'espérer qu'un jour on parviendra à isoler l'agent infectieux de cette terrible affection et par de savantes cultures on réussira à en atténuer la virulence en vue de vaccinations préventives.... C'est là une voie ouverte aux chercheurs.... de petites bêtes, et que je ne puis que signaler.

Quant aux causes prédisposantes, les moyens de les combattre relèvent de la sociologie, et l'Académie comprendra qu'une semblable étude ne puisse trouver place dans le cadre forcément restreint de cette communication. Force m'est donc de m'en tenir aux quelques considérations que peuvent me suggérer mon expérience personnelle et mon ingéniosité native, en ce qui concerne la médication symptomatique, la seule qui soit rationnellement applicable, à l'heure actuelle, à l'infection iatrophobique.

Voici donc, présenté en quelques formules, le fruit encore un peu vert de mon expérience que j'offre à la dégustation de mes collègues :

1° Ne vous présentez jamais chez un malade avant qu'il vous ait fait appeler. Mais, aussitôt mandé, arrangez-vous pour vous trouver à son chevet avant le retour chez lui de son émissaire ;

2° Gardez-vous bien de lui imposer le diagnostic que, dans votre présomption, vous aurez cru devoir poser après examen. Acceptez avec soumission celui qu'il ne manquera pas de vous donner à votre arrivée, ainsi que les causes qui, suivant lui, ont amené certainement les accidents dont il souffre ;

3° Faites-lui — sans qu'il s'en aperçoive — dicter

La contracture de l'anse ilio-pelvienne du côlon.

M. le Dr *Jules Geoffroy*, de Paris, attribue à la contracture de l'anse ilio-pelvienne du côlon les vomissements et les douleurs de la grossesse et des affections utérines (dysménorrhée, métrites) et péri-utérines (salpingo-ovarites et pelvi-cellulites).

L'hystérie, le nervosisme, la neurasthénie, l'arthritisme sont des affections générales capables d'agir dans le même sens sur l'anse ilio-pelvienne : le spasme et la contracture de cet intestin sont fréquents chez les neuro-arthritiques. Il faut être prévenu de l'existence de ce phénomène, si l'on ne veut pas laisser égarer son diagnostic sur des symptômes secondaires qui, dans certains cas, concentrent sur eux l'attention, mais sont cependant sous sa dépendance et cèdent avec lui.

Le spasme et la contracture de l'anse ilio-pelvienne (et l'on peut dire de tout le tube digestif, mais il y a là une localisation très nette du phénomène) donnent lieu à la production de glaires muqueuses, muco-membraneuses ou pseudo-membraneuses, et s'accompagnent, en un mot, de tous les symptômes que l'on a réunis pour en constituer une affection particulière, encore très mal connue jusqu'ici, et que l'on a décorée du nom d'entérite glaireuse muco-membraneuse ou pseudo-membraneuse. Ainsi qu'il l'annonçait déjà, l'an dernier, à Moscou, l'auteur est en mesure de prouver qu'il n'y a aucune inflammation dans cette prétendue entérite et que cette affection est constituée de toutes pièces par un état de spasme et de contracture musculaires, avec irritation de la muqueuse, état fréquent chez les neuro-arthritiques. C'est l'anse ilio-pelvienne qui est surtout atteinte ; quelquefois, lorsque la maladie est ancienne, elle gagne le côlon ascendant et le côlon transverse, même le cœcum ; mais ces cas ne sont qu'une extension de la maladie primitivement limitée à l'anse ilio-pelvienne.

Si vraiment, l'entérite glaireuse n'est qu'un état de contracture intestinale, le traitement, que l'auteur a préconisé contre le spasme et la contracture du tube digestif en général, doit être applicable à cette soi-disant entérite. C'est ce que les faits démontrent, et le Dr Jules Geoffroy trouve, dans le succès même de la palpation prolongée appliquée à cette affection, la preuve de son affirmation.

L'expérience que l'auteur a acquise dans le traitement de ces états de contracture lui a actuellement démontré que si la *palpation prolongée* est la seule *méthode de diagnostic* à employer dans ces cas, il est une autre *méthode de traitement* plus calmante, plus active et plus rapide : c'est le *massage vibratoire*, obtenu avec des appareils spéciaux très perfectionnés, qui en font le traitement mécanique à la fois le plus calmant et le plus actif que l'on puisse désirer. Ce traitement procure une guérison complète dans les cas que l'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique médicale ; il agit et soulage encore dans les cas extrêmes où la structure intime de la fibre lisse paraît compromise par l'exagération et la trop longue durée de la contracture et de la distension ; mais, il faut y apporter beaucoup de patience et de précaution.

La formaline dans le traitement des cancers inopérables.

De même que l'acide chromique, l'arsenic, l'alcool, excellents conservateurs de pièces anatomiques, sont d'une certaine efficacité pour combattre les ravages ulcéreux des cancers inopérables, de même la formaline a paru à *M. Karl Bayer* devoir rendre de grands services pour provoquer le durcissement, la séparation et l'élimination des tumeurs cancéreuses contre lesquelles la chirurgie ne peut rien tenter.

M. Bayer s'en servit pour la première fois au mois d'octobre dernier sur un carcinome récidivé des ganglions inguinaux ayant envahi les parties voisines de la cuisse, de l'abdomen et du scrotum ; il badigeonna toute la surface ulcérée avec une solution de formaline à 2 % et bourra de l'ouate hydrophile ainsi imbibée dans toutes les anfractuosités du néoplasme. Le pansement, pour permettre la dessication, ne fut recouvert que d'une simple gaze. Les jours suivants, la croûte fut badigeonnée avec une solution à 4 %, puis à 8 % et simplement recouverte de gaze imbibée de la même solution. Les solutions faibles ne produisirent rien de désagréable ; seule la so-

---

lui-même l'ordonnance que vous transcrirez lisiblement ;

4° Quand vous vous trouvez en présence d'un cas un peu sérieux, avouez franchement que vous y perdez votre latin et, pour couvrir votre responsabilité, sollicitez en consultation les commères les plus en vue du village — si vous habitez la campagne. Si vous avez le bonheur d'être médecin de ville, constituez pour cette consultation un aréopage composé des concierges femelles des six maisons les plus voisines de celle du malade (deux de chaque côté, deux en face) ;

5° Si, malgré ces précautions élémentaires, l'issue fatale vous semble devoir se produire, n'hésitez pas à faire venir à vos frais une somnambule en vogue dans la contrée ;

6° Renoncez à toute intervention opératoire autre que l'application d'un cataplasme ou celle d'un onguent (recette de famille) ;

7° Quelle que soit l'issue de la maladie, n'acceptez jamais d'honoraires — à plus forte raison, n'ayez pas l'impudence d'en réclamer ;

8° Si le malade succombe : un ! deux ! bouclez vos malles et filez au large par le premier rapide ;

9° Dans le cas contraire, faites à votre client une visite de remercîments, visite au cours de laquelle vous aurez soin de lui dire que s'il est guéri, il le doit :

1° A son tempérament de cheval ; il est peu de personnes qui ne se montrent ravies en telle occurence, d'être comparées à la plus noble conquête ;

2° A ce que lui seul a bien vu la maladie dont il était atteint et qu'il a su par un choix judicieux, approprier à son état les remèdes secrets qui lui convenaient, en ayant soin de jeter dans son vase de nuit les potions et les pilules prescrites par le médecin..

Grâce à ces moyens, vous pourrez peut-être, mes chers collègues, atténuer dans une mesure les ravages de l'infection iadrophobique et enrayer un peu sa diffusion. Je ne voudrais pas, toutefois, en terminant allumer en vos âmes candides la veilleuse de l'espérance, douce mais vaillante clarté que le souffle glacé de la désillusion viendrait brutalement éteindre ! Je vous le répète, les rechutes sont fréquentes — sinon fatales — et la virulence de l'agent infectieux résiste à tous les moyens connus dans l'état actuel de la science. Dr Oudaille.

lution à 8 % provoqua une sensation de brûlure assez intense et, pour protéger la peau saine, on dut l'enduire d'une pommade à la céruse.

Au bout de quatorze jours on put facilement enlever une eschare d'une seule pièce, ayant jusqu'à deux travers de doigt d'épaisseur, sèche et brunâtre à sa surface, humide et grise à sa face profonde. Partout où la formaline avait été appliquée, il se produisit une profonde dépression ayant une surface unie, comme granuleuse, sécrétant peu, ayant, suivant les points, soit l'aspect d'une plaie de bonne nature, soit celui du tissu cancéreux. Quand de nouvelles applications de formaline eurent détruit ces restes de cancer, la plaie ainsi détergée fut recouverte de gaze iodoformée. Les ganglions du côté gauche, qui étaient antérieurement tuméfiés et durs, cessèrent d'augmenter de volume et parurent devenir plus mobiles. Malheureusement, au bout de sept semaines, le malade succomba des suites d'une hémorragie profuse de l'artère fémorale, qui se produisit pendant son sommeil et dont on ne s'aperçut que trop tard. A l'autopsie, la surface de la plaie parut détergée de toute production néoplasique. (*Bull. médical.*)

Pour M. Bayer, la formaline imbibe et mortifie le tissu néoplasique mieux que tout autre produit; elle est inoffensive pour l'organisme et, mieux que les autres antiseptiques, elle supprime la putréfaction qui se produit à la surface des néoplasmes. De nouvelles expériences sont nécessaires pour déterminer quels seraient les effets d'injections de formaline à l'intérieur de cancers non ulcérés.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Des applications de forceps au détroit supérieur.

En présence d'une grossesse compliquée de bassin rétréci, la conduite à tenir est toujours des plus embarrassantes. Vous m'avez-vu, dans le service, ces temps derniers, recourir successivement et heureusement d'ailleurs à plusieurs méthodes bien différentes les unes des autres : l'accouchement prématuré artificiel, la version, le forceps au détroit supérieur.

Hier encore, vous assistiez à l'arrivée d'une femme chez laquelle une tête très dure était arrêtée au détroit considérablement rétréci. Nous avons eu recours au forceps et véritablement, il n'y avait pas autre chose à pratiquer : la parturiente, en effet, venant de l'extérieur, était probablement infectée déjà, l'enfant se trouvait très compromis et sa viabilité dès lors incertaine. A mon sens, en pareil cas, il n'y avait pas lieu de faire supporter à la mère les risques d'une symphyséotomie.

Actuellement, en outre, au dortoir de la clinique, deux femmes présentent un bassin rétréci : l'une a subi lors d'un premier accouchement la symphyséotomie et cette opération lui a provoqué une incontinence d'urine suffisamment pénible pour qu'elle redoute la même intervention désormais.

Pour la seconde, il est certain, en raison du degré de rétrécissement, que l'accouchement spontané à terme, même avec le forceps, sera impossible. En semblable circonstance nous proposerons d'abord à l'intéressée l'accouchement prématuré fait de bonne heure. Mais, il nous faut tenir compte du désir de cette femme, qui vous drait un enfant vivant et nous obligera peut-être à pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne. Il y a lieu, auparavant, de lui indiquer les risques de ces opérations et de cette façon l'accoucheur reste à l'abri de tout reproche ultérieur.

On peut donc dire, en somme, que, en présence d'un bassin rétréci, il n'existe pas un *seul* moyen, mais bien toute une *série* de moyens susceptibles d'être employés avantageusement pour sauvegarder à la fois la mère et l'enfant, l'intérêt de celle-ci néanmoins devant toujours primer celui du fœtus.

* * *

Appelé au cours de la grossesse, le praticien discutera les indications de l'accouchement prématuré.

A terme, les méthodes sont plus nombreuses : on doit recourir suivant les circonstances, au forceps, à la version, à la céphalotomie sur fœtus mort ou parfois même sur enfant vivant.

Quand l'accouchement est laborieux, qu'il n'avance pas en un mot, l'enfant étant par cela même très compromis, il n'y a pas lieu d'attendre le decès du fœtus pour intervenir ; et si la mère refuse de courir les risques d'une symphyséotomie ou d'une opération césarienne, on est inévitablement conduit à cette nécessité extrême : briser la tête du fœtus vivant.

En semblable cas, la difficulté consiste surtout à discerner quel est de tous ces moyens, forceps, version, etc.., celui auquel il convient de s'adresser, et pour cela le médecin explorera très soigneusement le bassin et en particulier le détroit supérieur.

Le bassin *généralement rétréci*, avec ses diamètres transverse et antéro-postérieur, tous deux étroits, assurément est le plus difficile au point de vue de l'accouchement.

Le bassin *plat* dans lequel le rétrécissement est antéro-postérieur est déjà plus favorable, et enfin préférable encore est le bassin dit en *cœur de carte à jouer*, avec ses diamètres étroits sans doute, mais présentant en arrière de chaque côté du sacrum, deux cavités libres et utilisables.

Après évaluation des dimensions et de la forme du détroit supérieur, il convient d'explorer soigneusement la face antérieure du sacrum. Si elle est concave, la tête une fois le détroit supérieur passé, arrive dans une large cavité facile à traverser. Au contraire, si la face antérieure du sacrum est convexe, l'excavation est transformée en un véritable canal cylindrique rigide.

De même, il est bon de se rendre exactement compte de la saillie des épines sciatiques (détroit moyen) et du degré de mobilité du coccyx (détroit inférieur).

Il est encore absolument nécessaire d'examiner l'enfant par la palpation et la céphalométrie externe, en tenant compte de la malléabilité de la tête, de sa réduction possible et il serait également utile d'évaluer approximativement la puissance de la contraction utérine, opération bien difficile d'ailleurs, pour ne pas dire complètement impossible.

* * *

Bien que certains auteurs recommandent l'usage d'une méthode unique, préconisant l'un la version, l'autre le forceps ou l'accouchement prématuré, un troisième la symphyséotomie, cela ne constitue pas de la clinique, car suivant les circonstances, telle pratique, ici favorable, dans un autre cas sera inutilisable.

Bon nombre d'accoucheurs ont rejeté définitivement l'emploi du forceps au détroit supérieur et cependant cet instrument, employé judicieusement et à propos, rend les plus grands services.

Il peut être appliqué de 3 façons différentes :

1° En antéro-postérieure, une cuillère en avant contre la symphyse pubienne, une en arrière sur le promontoire.

2° Directement, autrement dit, une cuillère à droite, la seconde à gauche aux deux extrémités du diamètre transversal.

3° Enfin en oblique, les deux branches placées aux extrémités d'un des diamètres obliques.

Quels sont les avantages réciproques et les inconvénients de ces applications ? On a beaucoup écrit sur l'antéro-postérieure recommandée en particulier par Lepage et son avantage principal est le suivant : quand la tête est arrêtée en transverse, les cuillères sont fixées sur les deux pariétaux et les deux oreilles ; autrement dit, elles sont en prise régulière.

Mais, s'il reste exact que l'on ait ainsi une saisie parfaitement régulière, il est non moins indiscutable que cette manœuvre, de l'avis de tous ceux qui l'ont tentée, est des plus délicates et des plus difficiles.

Supposons quand même l'extrémité céphalique saisie par son diamètre bi-pariétal, que va-t-il se passer pour le bassin maternel ?

L'instrument ainsi placé, les tractions seront détestables, ce n'est pas douteux ; elles se produiront en avant contrairement à l'axe lui-même du détroit supérieur qui va, comme on le sait, de l'ombilic à l'articulation sacro-coccygienne, c'est-à-dire en arrière.

Les cuillères pressent donc de cette façon violemment, d'une part sur le crâne de l'enfant, de l'autre sur les parties molles qui recouvrent la symphyse pubienne. Aussi, les fractures du crâne fœtal, sont-elles fréquentes alors et les contusions des tissus chez la mère, également communes. Comme conséquences fatales, une mortalité infantile très élevée, 45 à 50 %, devant faire abandonner ces applications antéro-postérieures.

Nous arrivons aux transverses directes, une cuillère sur l'occipital, l'autre sur la face. position incorrecte pour l'enfant, ainsi facilement contusionné. Toutefois les tractions s'opérant en arrière dans l'axe du détroit, elles permettent d'engager la tête dans l'excavation, sans trop de difficultés.

Quelques objections s'imposent : avec cette application du forceps on augmente le diamètre bi-pariétal de la tête du fœtus ou tout au moins sa réductibilité est rendue plus faible. En outre, les cuillères occipitale et frontale, ne restent pas dans ces positions, car spontanément, d'elles-mêmes, elles se placent suivant un diamètre oblique.

On est donc amené ainsi malgré soi, aux applications obliques du forceps au détroit supérieur : c'est à ce dernier procédé que j'ai recours en pratique.

Lorsque l'on désire faire une application oblique pour avoir quelques chances de succès, il est indispensable d'avoir une tête fœtale arrêtée bloquée au détroit supérieur. Sa mobilité en effet lui permettrait de tourner en tous sens et rendrait l'opération des plus incertaines.

En pareil cas, la tête étant poussée vivement par les contractions utérines, se moule sur l'obstacle à son évolution. Il semble alors qu'elle va passer, et elle passerait en effet si les contractions étaient assez puissantes.

Le forceps a précisément pour but d'ajouter une nouvelle force (vis à fronte) aux efforts de la nature (vis à tergo) à la condition évidemment de ne rien perdre du travail déjà accompli, c'est-à-dire de fixer les cuillères sans déplacer, sans refouler la tête.

Pour résoudre cette importante difficulté, il est nécessaire de mettre à profit les deux vides qui existent en arrière de chaque côté du sacrum. Vous ferez alors successivement avec les cuillères du forceps un véritable cathétérisme de ces deux cavités, et en ramenant en avant une des cuillères, ces dernières se trouveront tout naturellement placées aux deux extrémités d'un diamètre oblique. Cette manœuvre terminée, les tractions s'opèreront sans difficultés.

Voyons maintenant comme conclusion, quels sont les résultats de cette pratique comparés à ceux des autres méthodes ?

A l'hôpital de la Charité de 1891 à 1895, il y a eu 21 applications de forceps au détroit supérieur, avec 19 enfants vivants et deux morts, tous deux avant l'application de forceps. Dans cinq cas, en outre, nous avons fait des tentatives infructueuses sans réussir à faire passer l'enfant : nous fîmes alors la version et cinq fois nous avons ramené un enfant vivant (la version reste donc une ressource en cas d'échec). Pour la mère, aucun accident.

A la Maternité, il y a eu, durant mon service 61 enfants extraits avec le forceps au détroit superieur (applications obliques). Résultats 53 enfants vivants et 8 morts. En outre, huit applications infructueuses pour lesquelles nous avons fait la version avec un mort, et 3 vivants et 4 symphyséotomies.

Comme total 72 applications obliques de forceps au détroit supérieur nous ont donné 8 décès, soit 11 % de mortalité infantile, chiffre assurément assez fort, mais peu élevé toutefois eu égard au travail. Quant aux mères, mortalité nulle et même morbidité nulle.

Je ne voudrais faire aucune comparaison et cependant, si nous prenons par exemple les statistiques de symphyséotomie de Pinard (1) et de Léopold, nous y voyons une mortalité infantile très appréciable et une mortalité maternelle considérable atteignant 10 %.

Nos conclusions seront les suivantes :

En présence d'un bassin rétréci, le praticien peut être très embarrassé sur la conduite à tenir ; toutefois aucune méthode ne doit être rejetée à priori, pas plus la version, que la symphyséotomie ou l'opération césarienne. Mais

(1) Le professeur Pinard rejette dans tous les cas l'emploi du forceps au détroit supérieur. Pour lui, la symphyséotomie est la *seule* intervention acceptable. Voir à ce sujet, notre article du *Concours médical*, du 16 avril 1898.

vous vous rappellerez la mortalité de ces deux dernières interventions et vous préviendrez les femmes des risques courus en pareil cas.

Si la mère refuse de subir ces dangers, vous devez évidemment d'emblée appliquer d'autres méthodes. Pesez bien le pour et le contre, discutez les différentes chances de succès et conduisez-vous, en un mot, comme s'il s'agissait de votre propre famille.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Comment le médecin reste pauvre

On lisait naguère dans un journal de médecine (1) que le Transwaal offrait un débouché aux jeunes médecins français qui faisaient prime en ce pays, et pouvaient s'y créer une fortune en peu de temps.— Il était même question d'un médecin italien qui, en cinq ans, avait mis 225.000 fr. de côté, puis était mort des fièvres. — Les médecins, ajoutait-on qui ne craindraient pas d'être frappés par l'insalubrité du pays, réaliseraient de beaux honoraires. — Finalement on se demandait si l'auteur de l'article n'était point un partisan du tout ou rien, offrant à ses confrères la fortune ou la mort.

Quoi qu'il en soit, l'offre n'était rien moins que séduisante, et nous ne pensons pas que les enrôlements pour le Transwaal soient nombreux. *Primum vivere*...

Toutefois, cela démontre combien il est difficile au médecin de devenir riche et à quel prix il peut le devenir.

Les maîtres, les professeurs, les anciens internes, leurs protégés, puis successeurs, spécialistes ou non, sont hors de cause. La clientèle leur arrive par la force des choses, puisque leur nombre est limité. — Pourtant combien d'anciens internes se débattent dans l'arène, parmi la cohue des autres confrères !

Dans cette foule de combattants, les uns résistent, les autres succombent. La science est la même et le courage égal, de part et d'autre ; la conduite, l'honnêteté, la droiture sont irréprochables chez chacun d'eux et pourtant la clientèle sourit aux uns et s'éloigne des autres.

Il y a tant de circonstances, tant d'éléments, tant de conditions qui favorisent ou contrarient la réussite, que l'on ne s'explique souvent pas plus le succès de celui-ci, que l'échec de celui-là.

Toutes choses égales d'ailleurs, c'est souvent l'aspect extérieur, la tenue, le langage, le timbre de voix, les manières, le caractère même aimable ou bourru du médecin, qui attirent ou repoussent le client. A telle enseigne que l'on peut presque dire du client : « dis-moi quel est ton médecin, je te dirai qui tu es, et réciproquement ».Ceci n'est point un paradoxe, et ce serait même un sujet intéressant à développer.

En résumé, il est permis de dire que le médecin offrant le plus de qualités physiques et morales heureusement combinées, que le médecin exact, travailleur, ordonné, sachant employer et varier ses moyens d'attraction — sans pour cela être comédien — est celui qui plaira le plus et auquel ira la clientèle.

Un fait subsiste et reste acquis malheureusement, c'est que *malgré tout*, il est rare de voir la médecine enrichir le médecin, ni même lui procurer l'aisance, à laquelle son travail lui donne droit.

Comment en serait-il autrement lorsque les communes font soigner la population nécessiteuse à des tarifs dérisoires, lorsque les ouvriers font tous partie d'une ou de plusieurs sociétés de secours mutuels, lorsque la classe aisée et les commerçants s'enrôlent aussi dans des sociétés de secours mutuels spéciales ou dans des sociétés coopératives aussi médicales que d'alimentation, lorsque les administrations publiques et privées et les compagnies industrielles et autres, font soigner leurs employés et leur personnel au rabais, et que non seulement les indigents mais encore plus, les riches, vont se faire traiter et panser dans les hôpitaux ?

L'on ne s'imagine pas combien la clientèle échappe aux praticiens dans les villes nombreuses où il y a des hôpitaux ou des hospices, combien prennent le chemin des cliniques ou des consultations hospitalières gratuites, envoyés par les pharmaciens, les sages-femmes, voire même quelques médecins. On ne s'imagine pas combien dans certains hôpitaux que nous pourrions citer, les chefs de service *retiennent* les malades aisés, pour les opérer, pour faire la main des suppléants, sans se soucier le moins du monde du médecin traitant.

Que nos jeunes confrères n'oublient point ceci, c'est que depuis une dizaine d'années la plupart des cas chirurgicaux échappent aux médecins.

Les indigents ne voulant pas entrer à l'hôpital et les riches y allant, il s'ensuit une révolution économique médicale considérable, dont les médecins commencent à se douter, mais beaucoup plus dangereuse et menaçante qu'ils ne le pensent.

Depuis un certain temps aussi, le client règle les notes médicales à regret ; il vérifie le mémoire, il conteste. Il restreint le nombre des visites, de sorte qu'il ne dit plus « soignez mon enfant comme vous l'entendrez » mais : « vous reviendrez après-demain n'est-ce pas, docteur ? » quand il y a lieu de suivre le malade de très-près. Il préfère économiser pour les plaisirs.

Tous ces faits constituent un état d'esprit nouveau effrayant de conséquences pour le corps médical. Et si, comme il y a lieu de le craindre, cette situation s'aggrave, les médecins des campagnes déjà si à plaindre, seront peut-être plus heureux que leurs confrères des villes.

Nous mettons en fait que, depuis dix ans, les revenus médicaux ont baissé de moitié et que dans cette baisse, les progrès de l'hygiène et de la médecine, et l'état sanitaire satisfaisant, ne sont pas les facteurs principaux.

Il y a donc lieu d'encourager les syndicats et les associations médicales qui cherchent à régulariser le courant de la mutualité, à faire éliminer des sociétés de secours mutuels les gens aisés et riches, à rendre à ces sociétés leur caractère philantropique, de façon à ce qu'elles n'ouvrent leurs portes qu'à l'ouvrier laborieux, prévoyant, économe, père de famille et sans superflu, à les empêcher de thésauriser des sommes perçues sur leurs médecins.

(1) « Mouvement Thérapeutique et Médical », 30 Juillet 1898.

Lettre du Dr St-Hilaire au syndicat de la Seine.

Il faut lutter contre cette fâcheuse tendance du public aisé, à faire des économies sur le dos du corps médical et à supprimer de son budget les frais médicaux et chirurgicaux.

Il faut veiller à ce que les communes et les départements n'épargnent point les sacrifices, pour organiser les secours d'assistance médicale. Somme toute, les communes ne sont pas indigentes et elles devraient subir le plein tarif pour l'assistance des pauvres, dont-elles ont la charge.

Le tarif ordinaire doit aussi être appliqué au personnel des administrations publiques et privées, aux employés des compagnies, aux assurés des compagnies d'assurance.

Pour en arriver là, il est nécessaire qu'une entente générale se fasse entre tous les médecins, associations médicales et syndicats doivent être secondés dans leur œuvre de relèvement moral et matériel de la profession médicale.

Mais combien de temps encore des médecins, honorables sans doute, poussés par la nécessité plutôt que par l'esprit du mal, aveugles qui vont à l'encontre du but qu'ils cherchent, offriront-ils leurs services à un tarif inférieur à un tarif déjà dérisoire ?

Que de regrets tardifs ces médecins se préparent !

Un de nos confrères me racontait dernièrement sa vie de travail et de labeur. — Pendant vingt ans, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels et de Bureau de Bienfaisance dans une ville populeuse, il nous disait avoir été heureux d'accepter ces charges à ses débuts, mais combien, elles lui avaient nui plus tard dans la création d'une clientèle payante. Et pourtant, ces charges qui lui avaient été offertes, passaient pour être des mieux rétribuées, mais elles absorbaient le meilleur de son temps. D'après les rapports qu'il nous montra et qu'il avait adressés à différentes époques aux Présidents des sociétés et du Bureau de Bienfaisance, il résultait que dans une société de secours mutuels de 400 membres, il avait fait annuellement un nombre d'actes médicaux correspondant à une somme d'environ cinq mille francs au tarif ouvrier *minimum*. La société, devenue assez rapidement riche, donnait 4 fr. par tête à son médecin, soit 1600 fr. de traitement. Restait donc 3400 fr. par an, réalisés par la société sur son médecin. En 20 ans 68.000 fr. ! !

Le Bureau de Bienfaisance donnait 1500 fr. de traitement, et le travail du confrère au tarif ouvrier *minimum* représentait une somme annuelle d'environ 8000 fr., soit 6500 fr. par an réalisés par la ville sur le médecin du Bureau de Bienfaisance. En 20 ans 130.000 fr. ! !

Rien que pour ces deux charges philantropiques, cela donne en chiffres ronds un total de 200.000 fr. de philantropie médicale !

Ce calcul n'est-il pas édifiant, et ce cadeau fait aux deshérités ne vaudrait-il pas une décoration que jadis Monsieur Wilson faisait payer moins cher ?

Et nunc erudimini...

Dr Courgey.

25 Août 1898.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Condamnation d'une société de secours mutuels

Tribunal de Charleville

Audience du 11 août 1898.

Le Tribunal,

Ouï les avoués et avocats en leurs conclusions et plaidoiries, à l'audience du vingt-huit juillet mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, le ministère public aussi entendu en ses conclusions, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Attendu qu'aux termes d'une délibération du Conseil d'administration de la Société de secours mutuels de M., le Dr R. a été admis comme médecin de cette Société, que les honoraires ont été stipulés, à fortait, à raison de 4 francs par membre et par an ;

Attendu que R. prévenu, le vingt-huit janvier mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, d'avoir à cesser ses fonctions le premier février suivant, protesta et continua ses soins aux membres de la Société ; que, le trente mars suivant, il fut averti à nouveau qu'il serait remplacé à partir du premier avril suivant : qu'il prétend avoir été depuis lors, malgré ses protestations, mis par la Société dans l'impossibilité de remplir ses fonctions, et l'a assigné par exploit du vingt-deux du mois d'avril pour voir dire que c'est à tort que R. a été mis dans l'impossibilité de continuer son service médical ; que le traité ne prendra fin que le premier janvier mil neuf cent ; que dans la huitaine elle devra lui remettre sous une astreinte les lettres d'invitation et les feuilles de visites ; que pour le dommage causé elle lui paiera une indemnité de cinq cents francs ; qu'elle supportera en outre tous les frais ;

Attendu que la Société prétend n'avoir prié R. de cesser ses fonctions que pour des motifs graves, qui sont, a-t-elle ajouté à la barre, des discussions marquant un désaccord constant au sujet d'honoraires ;

Attendu que le traité intervenu le vingt janvier mil huit cent quatre-vingt-onze, entre la Société et R. *sans détermination de durée, peut toujours cesser par la libre volonté de l'un ou de l'autre des contractants, en observant toutefois l'usage des lieux et les conditions expresses ou tacites du contrat d'après la nature des services engagés, les habitudes professionnelles des contractants et les conditions de leur art ;*

Attendu que le contrat envisagé stipule des honoraires à forfait par membre et par an, ce qui implique un engagement respectif d'au moins une année, que ce terme expiré le contrat continue, tant qu'il n'est pas dénoncé ; qu'il y a lieu au cas actuel d'examiner si la dénonciation a été faite sans motifs suffisants et sans avertissement préalable pour réparer le dommage causé par une rupture intempestive ;

Attendu qu'on ne pourrait en aucun cas obliger la Société qui s'y refuse à continuer l'exécution du contrat, qu'il tombe sous le sens en effet *qu'on ne peut pas plus obliger des malades à subir le traitement d'un médecin, qu'on ne peut obliger un médecin à soigner des malades malgré lui ;* mais que l'obligation de faire reconnue devrait se résoudre en dommages-intérêts ;

Attendu que *les motifs allégués sont insuffisants*

pour autoriser la rupture brusque et par là même intempestive du contrat, que chacune des parties peut légalement agir au mieux de ses intérêts, mais dans cette limite qu'elle ne préjudiciera pas à l'autre ;

Attendu qu'il est constant *que la Société ne pouvait obliger R. à quitter son service sans un avertissement donné à l'avance de manière à lui permettre de rechercher une situation équivalente* ; qu'elle l'a si bien compris que dans ses conclusions en cours d'instance elle lui offre l'année en cours à raison de quatre francs par membre, déduction faite des sommes qu'il a reçues du vingt-huit janvier au mois d'avril, époque à laquelle il a cessé ses fonctions ;

Attendu qu'étant donnée la nature des services rendus par R. l'indemnité offerte serait la réparation juste et équitable du préjudice que lui a occasionné son brusque congé.

Attendu, d'autre part, que la Société a eu le tort de ne pas lui offrir tout d'abord cette indemnité ; qu'actuellement elle ne fait cette offre que subsidiairement sans présenter les fonds en espèces ; que cette offre est donc en l'état tardive et non satisfactoire, bien qu'il y ait lieu pour le tribunal à allouer au Dr R. le chiffre qu'elle détermine pour tous dommages-intérêts en réparation du préjudice qui lui a été causé ;

Par ces motifs,

Jugeant en matière ordinaire et en premier ressort.

Condamne la Société de secours mutuels de Monthermé à payer au Dr R., pour toute indemnité à raison de la dénonciation du traité ci-dessus, une somme de quatre francs par membre de ladite Société, déduction faite des sommes que ce médecin aurait reçues du vingt-huit janvier mil huit cent quatre-vingt-dix-huit au mois d'avril suivant, époque de la cessation de ses fonctions ; la condamne en tous les dépens avec distraction au profit de Me Peckels, avoué, qui affirme en avoir fait l'avance ;

Et, attendu qu'il y a titre, ordonne l'insertion provisoire du présent jugement nonobstant opposition ou appel et sous caution ;

Déboute R. du surplus de ses conclusions. »

Ce jugement donne à notre confrère une notable satisfaction : il représente, en effet, un avertissement que le corps médical ne doit pas laisser perdre. Quand M. le Dr R. membre du *Sou médical*, nous informa qu'il intentait une action contre la Société de secours mutuels, nous lui fîmes savoir que nous étions prêts à soutenir pécuniairement sa cause devant les juridictions nécessaires et à profiter de cette occasion pour faire établir, par les tribunaux, que le bon droit des médecins ne devait pas être sacrifié aux caprices de ces potentats que sont souvent les Présidents des Sociétés de secours mutuels.

Mais, derrière le litige heureusement tranché, il s'est produit un fait qui doit retenir toute l'attention du monde médical. Le vilain procédé que viennent de flétrir les magistrats a été l'œuvre de gens désormais condamnés : il n'y a plus à y revenir. Seulement, dans cette affaire que la solidarité médicale devait rendre impossible, quelqu'un des nôtres a encore passé à l'ennemi, pour donner à celui-ci le moyen d'organiser l'attaque. Sachant que le confrère qui a commis cet acte était jeune ; il est bon de conserver à son égard un peu de cette indulgence que professait M. R. lui-même, et à laquelle il nous paraît être encore disposé, à l'heure ou un incident surgit qui réclame tout le sang froid des intéressés, si on veut lui donner la solution qu'il comporte.

Le jeune confrère sollicite son admission dans la société locale dont fait partie M. R. Que signifie cette adhésion publique à l'idée de solidarité, après la faute si grave commise envers elle ?

Serait-ce de l'inconscience poussée à ses dernières limites ? Non, ce n'est pas possible. Serait-ce ignorance de l'esprit qui anime toutes nos Sociétés, et particulièrement l'Association générale des médecins de France ? Il suffirait alors de rappeler à ce sujet ces paroles d'un de ceux qui la dirigent, M. le Dr Lereboullet, secrétaire général.

« Ce qu'il nous faut retenir de toutes les affaires analogues, c'est que toujours et partout, il s'est trouvé un médecin qui, peu soucieux des sentiments de dignité et de solidarité professionnelle, a lutté d'accord avec les ennemis du corps médical pour usurper la place d'un de ses confrères. Ce qu'il nous faut reconnaître, c'est que le respect des droits acquis se perd de plus en plus et que la lutte pour l'existence, qui devient de plus en plus ardente dans certaines régions, fait méconnaître à de tout jeunes médecins le premier de leurs devoirs. Si les associations locales et les Syndicats s'entendaient pour frapper d'exclusions et pour flétrir les médecins dont la conduite est répréhensible, l'isolement de ceux-ci rendrait bientôt, sans aucun doute, leur situation intenable. »

Aussi préférons-nous voir un mobile tout différent derrière la demande de notre jeune confrère. Il veut, sans nul doute, à sa faute publique donner une réparation publique, et la société locale lui facilitera la tâche, en lui disant comment opérer. *Qu'on lui suggère de donner sa démission de médecin de la Société de Secours mutuels et de s'entendre avec son collègue sur l'organisation d'un nouveau mode de service.* Il le fera, puisqu'il montre le souci de respecter désormais la dignité professionnelle, et toutes les voix, y compris celle de M. R. consacreront son admission dans les rangs de ceux qui sacrifient tout à la solidarité, notre seule sauvegarde.

Il en sera certainement ainsi, car nous nous refusons à croire que ce jeune médecin soit résolu à traîner le boulet de l'isolement tout le long de sa carrière, en souvenir de l'effraction dont il se rendit coupable par l'ignorance si fréquente de la déontologie la plus élémentaire. Nous ne pouvons admettre qu'il ait couru au devant du reproche mérité par l'acte de spoliation dont fut par lui, victime l'excellent secrétaire du syndicat de la vallée de la Meuse.

Ouvrez la porte, confrères des Ardennes, *dès que vous aurez reçu l'amende honorable.* Ce médecin qui veut avouer ses torts, c'est un homme, une recrue précieuse.

Gageons que vous lui ferez l'accueil réservé à l'enfant prodigue, et que M. R. pourra savourer sa revanche sur les ingrats personnages qui ont fait litière de leur devoir de reconnaissance envers lui.

Dr JEANNE.
Secrétaire du *Sou médical*.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des Médecins de Lot-et-Garonne

Procès-verbal de l'assemblée générale du 5 *mai* 1898

Depuis le 10 octobre 1889, date de la dernière Assemblée générale, le Syndicat médical de Lot-et-Garonne n'avait plus donné signe de vie. Lorsque le 21 octobre 1897, dans la réunion médicale tenue à Nérac, les confrères, appelés à se prononcer sur l'emploi des fonds du Syndicat, restés entre les mains du trésorier, nommèrent une commission composée de MM. Barret de Nazaris, Capdeville, Cassius, Descomps, Doche, Labat, Luzarey et de Samondès pour s'occuper de la reconstitution du Syndicat médical de Lot-et-Garonne.

Cette commission s'est réunie à Agen le 6 décembre 1897. Après discussion, elle a considéré, comme non dissous, le Syndicat de Lot-et-Garonne et décidé que les membres qui en font partie seront convoqués à une réunion générale, qui aura lieu à Agen le premier jeudi de mai, pour recevoir les nouveaux adhérents, nommer un président, un bureau et adopter les nouveaux statuts qui seront distribués, avant la réunion, à tout le corps médical du département.

En conséquence, le 5 mai 1898, a eu lieu, à Agen, une Assemblée générale des membres du Syndicat Médical de Lot-et-Garonne.

L'Assemblée constituée, sous la présidence de M. le docteur Cassius, sont admis comme membres du Syndicat :

MM. Barret de Nazaris, Boutan, Boisvert, De Cournuau, Dalché, Daraignez, Doche, Dubosq, Ducan, Labat, De Lafonvielle, Martin, Pons, Riou-Kérangal, Rouillès, Sérège, Vigneau.

Sont présents : MM. Barret de Nazaris, Bounel, Berguin, Cassius, Chaulet, Cordeiro da Sylva, Doche, Fourestié, Gabourin, Labat, Luzarey, Martin.

Se sont excusés par lettre et ont donné au bureau pouvoir de les représenter : MM. Amblard, Colombet, Daraignez, Pons, Riou-Kérangal, Rouillès.

Après lecture et discussion, les statuts sont adoptés.

L'Assemblée est alors appelée à élire un Président, on procède au scrutin secret et M. Barret de Nazaris est élu président du *Syndicat Médical de Lot-et-Garronne*, par 15 voix sur 18 votants, pour une période de 3 ans, du 5 mai 1898 au 5 mai 1901.

Après avoir remercié l'Assemblée de l'honneur qu'elle vient de lui faire, M. Barret de Nazaris prend la présidence et l'on continue par le vote au scutin secret, à la nomination des autres membres du bureau.

Sont nommés :

MM. Cortès et Chaulet, *Vice-Présidents*, Cassius, *Secrétaire-Trésorier*; Descomps et Cordeiro da Sylva, *Syndics de l'arrondissement d'Agen* ; de Samondès et Courret, *Syndics de l'arrondissement de Marmande* ; Labat et Darlan, *Syndics de l'arrondissement de Nérac*; Dufau et Martin, *Syndics de l'arrondissement de Villeneuve.*

Le trésorier expose ensuite la situation financière, l'Assemblée générale approuve la gestion financière qui vient de lui être exposée.

Elle décide en outre que le bureau, dans ses réunions prochaines, étudiera les questions suivantes qui constitueront l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale :

Tarif d'honoraires médicaux. Assistance médicale gratuite. Sociétés de Secours Mutuels.

CHAMBRE SYNDICALE

MM. Baret de Nazaris, *Président* ; Cortez, X..., *Vice-Présidents* ; — Cassius, *Secrétaire-Trésorier* ; Descomps, Cordeiro da Sylva, *d'Agen.* De Samondès, Courret, *Marmande.* Labat, Darlan, *Nérac.* Martin, X..., *Villeneuve. Syndics.*

Ont adhéré aux présentes et sont considérés comme membres du Syndicat de Lot-et-Garonne :

Arrondissement d'Agen :

MM. Amblard, Agen. Barrail, Beauville. Barret de Nazaris, Agen. Bounel, Sauvetat-de-Savères. Cassius, Layrac. Chaulet, Agen. Cordeiro da Sylva, Agen. Cortès Agen. Descomps, Aiguillon. Dupérié, Agen. Fabre, Astaffort. Labesque, Agen. Nebout, Aiguillon. Roulliés, Agen.

Arrondissement de Marmande :

MM. Bergin, Castelmoron. Boisvert, Marmande. Colombet, Miramont, Courret, Marmande. De Cournuau, Cocumont. Doche, Tonneins. Dubosq, Clairac. Ducan, Verteuil. Gabourin, Meilhan. Galup, Jagou, Tonneins. De Lafonvielle, Marmande. Riou-Kèrangal, Bouglon. De Samondès, Gontaud. Vignau, Marmande.

Arrondissement de Nérac :

MM. Bacqué, Damazan. Boutan, Mézin. Darlan, Nérac. Dubédat, Houillès. Guérineau, Puch. Luzarey, Mézin. Labat, Nérac. Mondineu, Houillès. De Montesquiou, Leyritz-Moncassin. Pons, Nérac, Sérégé, Termes, Casteljaloux.

Arrondissement de Villeneuve :

MM. Besse, Villeréal. Brugère, Monflanquin. Couyba, Sainte-Livrade. Dalché, Monclar.

Daraignez, Libos. Ducasse, Villeunve. Lacaze, Monbahus. Martin, Penne. Paganel, Saint-Sylvestre.

Nombre des adhérents : 50.

REPORTAGE MÉDICAL

Edit contre les corsets en Russie. — Hospodin Bogoljervow, dit la *France médicale*, le ministre de l'Instruction publique récemment nommé en Russie, a inauguré son ministère en lançant un ordre défendant aux jeunes filles russes, élèves des hautes écoles universitaires et écoles de musique et beaux-arts, de porter un corset. Il les engage à porter le costume national. Le ministre dit qu'il a passé beaucoup de temps à visiter les écoles de filles et qu'il a acquis la certitude que le corset est certainement nuisible à la santé et au développement physique de celles qui en portent.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur DIEUZAIDE, de Lectoure (Gers), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 39 24 SEPTEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

AVIS IMPORTANT

Le 28, réunion du Conseil de direction de la Société civile, pour la préparation de l'Assemblée générale de novembre ; puis réunion du Conseil d'administration de **l'Association amicale pour l'indemnité maladie**.

Les nombreux confrères qui ont sollicité l'admission pour le 1er octobre, sont instamment priés d'adresser leurs dossiers remplis, au Secrétaire général, Dr Jeanne, Meulan (S.-et-O.), avant le 20 septembre. Passé cette date, ils ne pourraient plus entrer qu'en janvier 1899, ce qui entraînerait pour eux une prime plus élevée.

Le même jour, réunion du Conseil du **Sou médical**. *Les sociétaires ou dizainiers, qui n'ont pas encore effectué leurs versements au trésorier, Dr Gassot, Chevilly (Loiret), ou ne sont pas encore convenus avec lui de la date des payements, sont invités à remplir cette formalité au plus tôt. De même, les sociétaires qui ont eu à recourir aux bons offices de l'œuvre, sont priés de faire connaître au Secrétaire général, Dr Jeanne, Meulan (S.-et-O.), le résultat de l'intervention, ou l'état actuel des affaires encore pendantes.*

Les médecins et la loi sur les accidents du travail

La loi sur les accidents du travail, si elle est appliquée suivant le texte que nous publions, aura un retentissement considérable sur la situation des médecins, particulièrement dans les régions industrielles.

Il ne nous semble pas que les syndicats de ces régions se soient encore suffisamment empressés de prévoir ce qui en résultera, et de dire comment ils désireraient voir l'intérêt du médecin s'accommoder des articles 1, 4, 5, 11, 13, 23, 24, 29, tels qu'ils sont rédigés.

Qu'il nous soit donc permis, par une étude un peu attentive, de signaler les principaux points qui appellent une discussion serrée, féconde, et de proposer même des conclusions, afin de mieux limiter le débat.

I. Nous avons dit, dans le *Propos du jour* du n° 33, que l'article 1er de la loi exigeait l'établissement d'une liste des catégories d'ouvriers qui doivent profiter de la législation nouvelle. Ainsi, le cocher de fiacre semble exclu, tandis que le conducteur d'une automobile serait protégé. De même le domestique, la bonne à tout faire, la plupart des ouvriers agricoles, charretiers, faucheurs, etc., quand ils ne travaillent pas à l'aide d'une machine à vapeur, à pétrole, à l'électricité), les jardiniers, les vendangeurs et mille autres, ne paraissent pas devoir trouver place dans l'énumération ébauchée par le Parlement. Mais, à côté de ces cas, il existe certainement des catégories qui, dans l'esprit du législateur, ont droit au bénéfice établi, et ne sont cependant pas suffisamment désignés. Pour édifier les patrons, les médecins, les ouvriers eux-mêmes, pour prévenir d'innombrables contestations et donner aux magistrats les éléments de solution des conflits, la liste en question est donc indispensable.

Il semble bien que nous devons être tous d'ac-

cord, pour la réclamer de la Commission qui prépare les décrets d'administration publique, prévus pour l'exécution de la loi. (Article 33.)

II. Les articles 11, 12, 13, 29, soulèvent la question des certificats que nous aurons à délivrer, pour constater les blessures, leurs conséquences probables, leur guérison ou leur incurabilité. Or, nulle part n'est indiquée la rémunération qui s'y rattache, ni la personne qui en a la responsabilité. Quand l'article 29 parle, au premier paragraphe, de gratuité des certificats, il ne peut être question du certificat médical, car le second paragraphe s'empresse d'ajouter que dans les six mois de la promulgation de la loi, un décret déterminera les émoluments des greffiers de justice de paix, pour la rédaction de leurs actes, procès-verbaux, *certificats*, etc. — C'est donc bien de ceux-ci qu'il s'agit, et non des nôtres.

Nos certificats, à nous médecins, seront de deux sortes : les uns, demandés par le chef d'entreprise, pour être joints à ses déclarations à la mairie, et c'est le chef d'entreprise qui devra nous rémunérer ce service par lui sollicité (article 11) ; les autres, réclamés par le juge de paix (article 13) et qui seront le rapport d'un expert désigné par lui, soumis aux formalités de nos actes médico-légaux, c'est-à-dire rédigé après réquisition, et payables sur mémoire régulièrement établi.

Il paraît impossible de faire dire autre chose aux articles que nous avons sous les yeux ; il paraît impossible également que l'intention du législateur équitable n'ait pas été celle là. Néanmoins, comme le législateur n'est plus là, quand il s'agit d'interpréter son vote, il nous semble indispensable que les décrets projetés consacrent expressément ce que nous venons d'indiquer. C'est une deuxième demande à formuler devant la commission compétente.

III. Les articles 23 et 24 ont pour but de garantir la créance de la victime, contre l'insolvabilité du débiteur responsable. C'est bien. Il nous plairait pourtant de savoir officiellement que nos honoraires, qui font partie de cette créance, sont mis ainsi à l'abri contre la même éventualité, *sans que nous soyons obligés de faire valoir par voie judiciaire, c'est-à-dire onéreuse, le privilège inscrit à l'article* 23.

Mais il nous plairait surtout qu'ils fussent toujours payés *au moment de leur exigibilité* (déclaration d'incurabilité ou guérison), avant l'indemnité due à la victime, ou directement à nous, en même temps que celle-ci est versée à l'ouvrier. Ce serait, en effet, faire courir un danger certain et inutile à notre créance, que de la jeter dans le gouffre du budget de l'ouvrier blessé, et de le laisser ensuite seul responsable vis-à-vis de nous. Dans l'application de cette loi de protection, il est sage d'accorder celle-ci, quand cela ne coûte rien, à quiconque en a besoin.

Donc, troisième demande à présenter à la commission réparatrice.

IV. Nous arrivons maintenant à la pièce de résistance du débat que nous cherchons à provoquer dans nos sociétés d'intérêt professionnel.

Quelle attitude prendre devant les articles 4 et 5, s'ils restent ce qu'ils sont ? (Disons d'abord que ceci est bien à craindre, car l'article 4 fut voté, sans discussion, par les deux chambres, et l'article 5 ne nécessite qu'une entente assez facile sur notre dos, avec les sociétés de secours mutuels).

Relisons l'article 4, d'abord, et demandons-nous ce qu'il signifie clairement, sans ambiguïté.

Il veut dire ceci : ou bien c'est le patron qui fera choix du médecin traitant, ou bien c'est la victime. Examinons alors la première hypothèse et prenons nos résolutions, dès maintenant, dans cette prévision, car c'est, à notre avis, le plus gros danger qui nous menace, si nous n'opposons pas à cet empiètement la résistance légale que nous avons à notre portée. Tout patron qui voudra choisir son médecin se présentera chez nous, avec des propositions de forfait, d'abonnement, de soumission à prix réduit, de domestication, etc..., avec des menaces ou des sous-entendus de concurrence, ou, au contraire, avec des promesses de logement gratuit, de transport idem, ou encore des plans d'organisation d'une Société de Secours mutuels locale, dont nous serons le seul médecin, etc., etc... Eh bien, chers confrères, reconnaissons-le de suite, tout cela, pour qui sait compter, pour qui ne se paye pas de mots, de titres, de gloriole, ou de satisfactions rancunières, contre un rival, tout cela, disons-nous, c'est notre exploitation et notre asservissement, sans délai, sans excuse et aussi sans remède autre que notre énergie et notre dignité. Cela nous coûterait plus cher, beaucoup plus cher, que le sacrifice à nous imposé par la deuxième hypothèse, c'est à dire que la rémunération au tarif de l'Assistance médicale. Il n'y a certainement pas deux opinions sur ce point dans nos Sociétés, et seuls probablement, ceux qui se piquent d'indépendance pour ne pas entrer dans les Syndicats, seraient tentés de se lier ainsi les mains, par des contrats indignes de nous... et d'eux, puisqu'ils sont médecins.

Si nous partons de ce principe que tous ces arrangements sont à rejeter, que répondrons-nous aux chefs d'entreprise ?

Nous croyons qu'on devrait leur tenir ce langage : « J'accepte de soigner vos blessés au tarif minimum de la région, et cette proposition est conforme à un récent jugement du tribunal de la Seine qui dit que *le montant des honoraires médicaux doit être évalué d'après les ressources du client, même quand c'est le patron qui paye pour celui-ci*. Vos ouvriers qui sont, non des indigents, ni des mutualistes, mais des assurés, sont justiciables du tarif minimum.

Demander pour leurs notes d'honoraires, dont vous êtes responsable, une diminution plus grande, c'est, en ce qui vous concerne, demander une aumône à plus pauvre que vous, et je ne puis faire cette aumône. — Vous ne trouverez pas de médecin qui vous offre d'autres conditions que les miennes, parce que la dignité professionnelle ne le permet pas. »

La réponse du chef d'entreprise, à ce langage, sera souvent qu'il préfère laisser à ses blessés la liberté de choisir leur médecin, et cela se conçoit. Ainsi nous serons sans doute conduits à vivre le plus ordinairement sous le régime du deuxième paragraphe, qui comporte le payement au tarif de l'Assistance médicale. Préoccupons-nous donc maintenant de ce qui résultera de l'établissement de ce régime.

Mais nous ne devrons jamais manquer de protester d'abord, près des pouvoirs publics, contre l'acte de spoliation dont le Parlement s'est

rendu coupable, volontairement ou par mégarde, envers le Corps médical, le jour où il a voté le texte de cet article 4. Proclamer ainsi l'indigence de tous les ouvriers blessés, dans le seul but de décharger les chefs d'entreprise d'une moitié de la dette que la loi voulait imposer à ceux-ci, vis-à-vis des médecins, est un déni de justice que nous ne saurions accepter. Nous supportons, comme contribuables, notre part des charges que créera cette législation protectrice des faibles, et nous ne récriminons pas sur ce point. Mais de quel droit vient-on, de plus, faire, à nos frais, de la générosité en faveur des riches, en biffant d'un trait de plume la moitié des honoraires qu'ils nous doivent? Ceci est monstrueux, et représente, contrairement à l'esprit général de la loi, la protection du fort contre le faible.

Nous protesterons donc, devant la Commission d'abord, et ensuite toutes les fois que l'occasion se présentera. C'est ainsi qu'un des nôtres, M. le Dr Dubuisson, membre du Concours médical, président d'un syndicat du Finistère et député de ce département, ayant déjà déposé un projet de revision de la loi des accidents, nous lui demandons formellement d'y inscrire la suppression du second paragraphe de l'article 4, et de rétablir ainsi nos droits. Il nous plaît de penser que les médecins députés voteront ce jour là comme un seul homme, pour notre cause qui est celle de l'évidente et indiscutable équité, et nous les jugerons ainsi, sans vouloir tenir le moindre compte des petites compromissions dans lesquelles ils pourraient se dire engagés, et qui en toute bonne foi, sont de nulle valeur.

Mais supposons que, malgré nos efforts et ceux de nos défenseurs naturels, cette iniquité légale persiste. Qu'arrivera-t-il?

Pour donner une base d'appréciation aux juges de paix, les Conseils généraux vont-ils se décider à adopter tous le système du payement à la visite et au tarif, pour soins extraordinaires, en ce qui concerne l'assistance médicale? Il ne faut pas se bercer de cette illusion : gouvernement et chambres le savent aussi bien que nous. L'article 4 devient inapplicable dans un grand nombre de départements, et les médecins y seront rémunérés au petit bonheur, à moins que... on ne donne, comme guide général, aux magistrats, le tarif du Concours qui dit que, *sur nos honoraires pour soins aux indigents nous consentons une réduction globale de 50 % calculée en partant de nos chiffres les plus bas*. C'est le seul moyen d'aboutir à un réglement de comptes dans la situation actuelle des choses; mais si le corps médical se décide à s'y soumettre, il donnera encore une leçon de désintéressement qui constituera un précédent de plus, et qu'en définitive nous ne conseillons pas d'emblée.

Donc, conclusion sur ce point : *il nous faut obtenir à la faveur d'une revision, la suppression du 2e paragraphe de l'article 4*. Le premier dit que le chef d'entreprise sera responsable des honoraires : cela suffit. Nous ne sommes pas des escrocs mais nous ne voulons pas non plus être volés. Que le chef d'entreprise paye ce qu'il nous doit, comme au prêtre et au pharmacien ; rien de plus, mais rien de moins.

Nous arrivons maintenant à l'article 5, et, en l'abordant, nous prions nos confrères de le lire à la loupe et d'en bien peser tous les mots. Les hommes qui ont rédigé cela ont vraiment une vocation de prestidigitateurs. Mais la muscade ne passera pas, car le truc est éventé, et il dépend de nous, oui, oui, de nous, sans le secours de personne, de déchirer la toile d'araignée.

« Cher ami, dit ici le législateur au patron révolté, ne criez donc pas si fort : écoutez ce petit conseil qui vous tirera d'affaire.

« Vous allez enrôler vos ouvriers dans une Société de Secours mutuels, de force s'il le faut, en payant le tiers ou la moitié de la cotisation. En général, une Société qui donne comme indemnité le demi-salaire quotidien, réclame environ 20 fr. de cotisation par an. Vous payerez 10 fr. pour chaque ouvrier, soit 500 fr. pour votre personnel de 50 employés, et vous n'aurez plus à vous occuper de rien, si ce n'est en cas de mort ou d'incurabilité.

« Vous voyez que c'est pour rien. Ce diable de médecin, qui vous faisait peur, va être obligé de soigner tous vos ouvriers comme Sociétaires. Pour 5 à 6 fr. par an, comme dans le Nord ou dans le Sud-Ouest, il va tailladér et charcuter chacun d'eux, autant qu'il sera nécessaire ; c'est à peine si vous aurez seulement à le savoir.

« Vous dites que, chez vous, la chirurgie pratiquée au compte de la Société de Secours mutuels se paye à un prix encore respectable, et que le budget de celle-ci ne pourra supporter ce surcroît de charges ?

« Tranquillisez-vous, votre Société saura bien imposer aux médecins un tarif abaissé en conséquence. En définitive je vous le dis tout bas, quoique en toute certitude, c'est le médecin qui payera les frais, mais il ne s'en doute pas. »

En vérité, nous avons beau éplucher cet article 5, il nous est impossible d'y rien trouver qui contredise le raisonnement ci-dessus. Qu'on l'ait voulu ou non, il y a là un simple piège : seuls, nos confrères de la Chambre ont paru ne pas le voir.

Heureusement il dépend de nous de n'y pas tomber. Comment? En adoptant *tous* l'attitude que prêche le Concours vis-à-vis des Sociétés de Secours mutuels, c'est-à-dire en refusant de traiter avec elles sur d'autres bases que celles proposées par nous médecins : *concession maxima d'une remise de 25 % sur le total de notre note d'honoraires établis d'après le tarif inférieur, et seulement en ce qui concerne l'ouvrier*.

Celui qui écrit ces lignes vit, depuis plusieurs années, dans ces termes avec la Société de Secours mutuels de la localité, ainsi que ses confrères. Il ne s'occupera donc de l'article 5 que pour montrer à la Société qu'elle a intérêt à ne pas prêter la main à son application. Mais, si son conseil n'est pas écouté, nous, les médecins intéressés, nous assisterons sans inquiétude à l'expérience, car, désormais, nous sommes à l'abri, et tiendrons à y rester.

Qu'on suive donc notre exemple, et l'article 5 cessera de porter atteinte à l'intérêt du corps médical : nous n'en ressentirons pas le contrecoup.

En serait-il de même si nous acceptons d'entrer à ce propos dans de nouveaux pourparlers

avec la mutualité ? Non évidemment. Celle-ci, en effet, serait enchantée d'augmenter sa clientèle, mais à condition de n'en pas prendre les charges, ou de nous les passer, en nous demandant de nouvelles concessions. Or, personne ne nous désavouera quand nous dirons que le corps médical trouve en avoir fait assez.

V. Ceci dit sur les conséquences probables de la loi, en ce qui nous concerne directement, il est encore sage de nous demander quelle conduite elle dictera aux compagnies d'assurances-accidents, surtout dans leurs rapports avec nous.

De ce côté, un seul écho nous est venu ; il dit l'embarras que va créer l'augmentation des primes, dans le recrutement des assurés. Pour tout le reste, réserve allant jusqu'au mutisme.

Mais qu'importe ? Là encore nous devons fuir les négociations. Le temps va passer où nous ne savions qui rendre responsable du payement de nos honoraires : c'est le plus grand bénéfice, peut-être le seul, que nous procure la nouvelle loi. Si une contestation s'élève, nous poursuivrons le blessé (sans scrupule, puisqu'il est couvert) et, en cas d'insolvabilité, solidairement avec lui, le chef d'entreprise. Qu'il y ait ou non, derrière eux, une compagnie d'assurances, nous n'avons à le savoir que pour lui fournir des certificats payés à leur valeur. Cela nous suffit.

Seuls, ceux qui ont un penchant pour l'accaparement... des corvées, iront peut-être chercher à se faire exploiter par là : nous croyons que les sages s'en abstiendront, et nous le souhaitons bien sincèrement.

Telles sont, en résumé, les observations que nous avons cru utile de faire, pour ouvrir une discussion des plus urgentes.

Elles nous paraissent commander les résolutions suivantes que nous soumettons à l'appréciation de nos confrères :

1° Demander, à la Commission présidée par M. L. Ricard, de dresser la liste des ouvriers appelés à bénéficier de la loi ; de dire, par qui, quand, et comment seront payés nos certificats ; de préciser que les frais de maladies seront versés à nous au moment de leur exigibilité, c'est-à-dire, en même temps que l'indemnité à l'ouvrier.

2° Poursuivre, par voie de revision, la suppression du 2e paragraphe de l'article 4, de façon que la distinction reposant sur le choix du médecin disparaisse, et nous laisse en présence de l'application du tarif minimum, devant le patron solidairement responsable avec son blessé.

3° Echapper au piège de l'article 5, en adoptant partout, vis-à-vis des Sociétés de Secours mutuels, l'attitude recommandée par le *Concours médical*, à l'Assemblée de 1894.

4° Rejeter tous forfaits et contrats avec les chefs d'entreprise ou les compagnies d'assurances-accidents, ne connaissant celles-ci que pour la délivrance de certificats payés d'après le tarif général de notre Société, adopté à l'assemblée de 1897.

La parole est aux Syndicats et à tous nos confrères, pour l'étude de ces propositions, que l'urgence inscrit d'elle-même à l'ordre du jour de notre assemblée générale prochaine.

LOI

Relative aux accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Votée par le Sénat le 19 mars et par la Chambre des Députés le 26 mars 1898.

TITRE PREMIER.

INDEMNITÉS EN CAS D'ACCIDENTS.

ARTICLE PREMIER. — Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

Les ouvriers qui travaillent seuls, d'ordinaire, ne pourront être assujettis à la présente loi par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs de leurs camarades.

ART. 2.— Les ouvriers et employés désignés à l'article précédent, ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la présente loi.

Ceux dont le salaire annuel dépasse 2.400 francs ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, ils n'ont droit qu'au quart des rentes ou indemnités stipulées à l'article 3, à moins de conventions contraires quant au chiffre de la quotité.

ART. 3 — Dans les cas prévus à l'article 1er, l'ouvrier ou l'employé a droit :

Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel ;

Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire ;

Pour l'incapacité temporaire, à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours et à partir du cinquième jour.

Lorsque l'accident est suivi de mort, une pension est servie aux personnes ci-après désignées, à partir du décès, dans les conditions suivantes :

A. — Une rente viagère égale à 20 % du salaire annuel de la victime, pour le conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident.

En cas de nouveau mariage, le conjoint cesse d'avoir droit à la rente mentionnée ci-dessus ; il lui sera alloué, dans ce cas, le triple de cette rente à titre d'indemnité totale.

B. — Pour les enfants légitimes ou naturels, reconnus avant l'accident, orphelins de père ou de mère, âgés de moins de seize ans, une rente calculée sur le salaire annuel de la victime à raison de 15 % de ce salaire s'il n'y a qu'un enfant, de 25 % s'il y en a deux, de 35 % s'il y en a trois, et de 40 % s'il y en a quatre ou un plus grand nombre.

Pour les enfants, orphelins de père et de mère, la rente est portée pour chacun d'eux à 20 % du salaire.

L'ensemble de ces rentes ne peut, dans le premier cas, dépasser 40 % du salaire, ni 60 % dans le second.

C. — Si la victime n'a ni conjoint ni enfant dans les termes des paragraphes A et B. chacun des as-

cendants et descendants qui était à sa charge, recevra une rente viagère pour les ascendants et payable jusqu'à seize ans pour les descendants. Cette rente sera égale à 10 % du salaire annuel de la victime, sans que le montant total des rentes ainsi allouées puisse dépasser 30 %.

Chacune des rentes prévues par le paragraphe C est, le cas échéant, réduite proportionnellement.

Les rentes constituées en vertu de la présente loi sont payables par trimestre ; elles sont incessibles et insaisissables.

Les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cesseront de résider sur le territoire français, recevront pour toute indemnité un capital égal à trois-fois la rente qui leur avait été allouée.

Les représentants d'un ouvrier étranger ne recevront aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résidaient pas sur le territoire français.

Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

Art. 5.— Les chefs d'entreprise peuvent se décharger pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours, à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire, ou une partie seulement de cette indemnité, comme il est spécifié ci-après, s'ils justifient :

1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des Sociétés de secours mutuels et pris à leur charge une quote-part de la cotisation qui aura été déterminée d'un commun accord, et en se conformant aux statuts-type, approuvés par le ministre compétent, mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation ;

2° Que ces Sociétés assurent à leurs membres, en cas de blessures, pendant trente, soixante ou quatre-vingt-dix jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une idemnité journalière.

Si l'indemnité journalière servie par la Société est inférieure à la moitié du salaire quotidien de la victime, le chef d'entreprise est tenu de lui verser la différence.

Art. 6. — Les exploitants de mines, minières et carrières peuvent se décharger des frais et indemnités mentionnés à l'article précédent, moyennant une subvention annuelle versée aux caisses ou Sociétés du secours constituées dans ces entreprises, en vertu de la loi du 29 juin 1894.

Le montant et les conditions de cette subvention devront être acceptés par la Société et approuvés par le ministre des Travaux publics.

Ces deux dispositions seront applicables à tous autres chefs d'industrie qui auront créé, en faveur de leurs ouvriers, des caisses particulières de secours en conformité du titre III de la loi du 29 juin 1894. L'approbation prévue ci-dessus sera, en ce qui les concerne, donnée par le ministre du Commerce et de l'Industrie.

Art. 7. — Indépendamment de l'action résultant de la présente loi, la victime ou ses représentants conservent, contre les auteurs de l'accident autres que le patron ou ses ouvriers et préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité qui leur sera allouée exonérera, à due concurrence, le chef d'entreprise des obligations mises à sa charge.

Cette action contre les tiers responsables pourra même être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques et périls, au lieu et place de la victime ou de ses ayants droit, si ceux-ci négligent d'en faire usage.

Art. 8. — Le salaire qui servira de base à la fixation de l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de seize ans ou à l'apprenti victime d'un accident, ne sera pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise.

Toutefois, dans le cas d'incapacité temporaire, l'indemnité de l'ouvrier âgé de moins de seize ans ne pourra pas dépasser le montant de son salaire.

Art. 9. — Lors du règlement définitif de la rente viagère, après le délai de révision prévu à l'article 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente, calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents, par la Caisse des retraites pour la vieillesse, lui soient attribué en espèces.

Elle peut aussi demander que ce capital, ou ce capital réduit du quart au plus, comme il vient d'être dit, serve à constituer sur sa tête une rente viagère reversible, pour moitié au plus, sur la tête de son conjoint. Dans ce cas, la rente viagère sera diminuée de façon qu'il ne résulte de la reversibilité aucune augmentation de charges pour le chef d'entreprise.

Le tribunal, en chambre du conseil, statuera sur ces demandes.

Art. 10. — Le salaire, servant de base à la fixation des rentes, s'entend, pour l'ouvrier occupé dans l'entreprise pendant les douze mois écoulés avant l'accident, de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant ce temps, soit en argent, soit en nature.

Pour les ouvriers occupés pendant moins de douze mois avant l'accident, il doit s'entendre de la rémunération effective qu'ils ont reçue depuis leur entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération moyenne qu'ont reçue, pendant la période nécessaire pour compléter les douze mois, les ouvriers de la même catégorie.

Si le travail n'est pas continu, le salaire annuel est calculé, tant d'après la rémunération reçue pendant la période d'activité, que d'après le gain de l'ouvrier pendant le reste de l'année.

TITRE II

DÉCLARATION DES ACCIDENTS ET ENQUÊTES

Art. 11. — Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail, doit être déclaré, dans les quarante-huit heures, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal.

Cette déclaration doit contenir les noms et adresses des témoins de l'accident. Il y est joint un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

La même déclaration pourra être faite par la victime, ou ses représentants.

Récépissé de la déclaration et du certificat du médecin est remis, par le maire, au déclarant.

Avis de l'accident est donné immédiatement, par le maire, à l'inspecteur divisionnaire ou départemental du travail ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise.

L'article 15 de la loi du 2 novembre 1892 et l'article 11 de la loi du 12 juin 1893 cessent d'être applicables dans les cas visés par la présente loi.

Art. 12. — Lorsque, d'après le certificat médical, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle du travail, le maire transmet immédiatement copie de la déclaration et le certificat médical, au juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

Dans les vingt-quatre heures de la réception de cet avis, le juge de paix procède à une enquête à l'effet de rechercher :

1° La cause, la nature et les circonstances de l'accident ;

2° Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent ;

3° La nature des lésions ;

4° Les ayants droit pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité ;

5° Le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes.

Art. 13 — L'enquête a lieu contradictoirement, dans les formes prescrites par les articles 35, 36, 37, 38 et 39 du Code de procédure civile, en présence des parties intéressées ou celles-ci convoquées d'urgence, par lettre recommandée.

Le juge de paix doit se transporter auprès de la victime de l'accident, qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à l'enquête.

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Il peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête.

Il n'y a pas lieu, toutefois, à nomination d'expert dans les entreprises administrativement surveillées, ni dans celles de l'Etat, placées sous le contrôle d'un service distinct du service de gestion, ni dans les établissements nationaux où s'effectuent des travaux que la sécurité publique oblige à tenir secrets. Dans ces divers cas, les fonctionnaires chargés de la surveillance ou du contrôle de ces établissements ou entreprises, et, en ce qui concerne les exploitations minières, les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs, transmettent au juge de paix, pour être joint au procès-verbal d'enquête, un exemplaire de leur rapport.

Sauf les cas d'impossibilité matérielle, dûment constatés dans le procès-verbal, l'enquête doit être close dans le plus bref délai, et, au plus tard, dans les dix jours à partir de l'accident. Le juge de paix avertit, par lettre recommandée, les parties, de la clôture de l'enquête et du dépôt de la minute au greffe, où elles pourront, pendant un délai de cinq jours, en prendre connaissance et s'en faire délivrer une expédition, affranchie du timbre et de l'enregistrement. A l'expiration de ce délai de cinq jours, le dossier de l'enquête est transmis au président du tribunal civil de l'arrondissement.

Art. 14. — Sont punis d'une amende de 1 à 15 francs, les chefs d'industrie ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 11.

En cas de récidive dans l'année, l'amende peut être élevée de 16 à 300 francs.

L'article 463 du code pénal est applicable aux contraventions prévues par le présent article.

TITRE III

COMPÉTENCE — JURIDICTIONS — PROCÉDURE. — RÉVISION

Art. 15. — Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

Art. 16. — En ce qui touche les autres indemnités prévues par la présente loi, le président du tribunal de l'arrondissement convoque, dans les cinq jours à partir de la transmission du dossier, la victime ou ses ayants droit et le chef d'entreprise, qui peut se faire représenter.

S'il y a accord des parties intéressées, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président, qui donne acte de cet accord.

Si l'accord n'a pas lieu, l'affaire est renvoyée devant le tribunal, qui statue comme en matière sommaire, conformément au titre XXIV du livre II du code de procédure civile.

Si la cause n'est pas en état, le tribunal sursoit à statuer et l'indemnité temporaire continuera à être servie jusqu'à la décision définitive.

Le tribunal pourra condamner le chef d'entreprise à payer une provision ; sa décision sur ce point sera exécutoire nonobstant appel.

Art. 17. — Les jugements rendus en vertu de la présente loi, sont susceptibles d'appel selon les règles du droit commun. Toutefois, l'appel devra être interjeté dans les quinze jours de la date du jugement, s'il est contradictoire, et s'il est par défaut, dans la quinzaine à partir du jour où l'opposition ne sera plus recevable.

L'opposition ne sera plus recevable en cas de jugement par défaut contre partie, lorsque le jugement aura été signifié à personne, passé le délai de quinze jours à partir de cette signification.

La cour statuera d'urgence dans le mois de l'acte d'appel. Les parties pourront se pourvoir en cassation.

Art. 18. — L'action en indemnité, prévue par la présente loi, se prescrit par un an, à dater du jour de l'accident.

Art. 19. — La demande en révision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans, à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive.

Le titre de pension n'est remis à la victime qu'à l'expiration des trois ans.

Art. 20. — Aucune des indemnités déterminées par la présente loi, ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Le tribunal a le droit, s'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable de l'ouvrier, de diminuer la pension fixée au titre premier.

Lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à la faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité pourra être majorée, mais sans que la rente viagère ou le total des rentes viagères allouées puisse dépasser, soit la réduction, soit le montant du salaire annuel.

Art. 21. — Les parties peuvent toujours, après détermination du chiffre de l'indemnité due à la victime de l'accident, décider que le service de la pension sera suspendu et remplacé, tant que l'accord subsistera, par tout autre mode de réparation.

Sauf dans le cas prévu à l'article 3, paragraphe A. la pension ne pourra être remplacée par le paiement d'un capital, que si elle n'est pas supérieure à 100 francs.

Art. 22. — Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit, sur le visa du procureur de la République, à la victime de l'accident ou à ses ayants droit, devant le tribunal.

A cet effet, le président du tribunal adresse au procureur de la République, dans les trois jours de la comparution des parties, prévue par l'article 16, un extrait de son procès-verbal de non-conciliation ; il y joint les pièces de l'affaire.

Le procureur de la République procède comme il est prescrit à l'article 13, paragraphe 2 et suivants, de la loi du 22 janvier 1851.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend, de plein droit, aux instances devant le juge de paix, à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière, et à toute contestation incidente à l'exécution des décisions judiciaires.

TITRE IV

GARANTIES

Art. 23.— La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2101 du Code civil et y sera inscrite sous le n° 6.

Le paiement des indemnités pour incapacité permanente de travail ou accidents suivis de mort est garanti conformément aux dispositions des articles suivants.

Art. 24. — A défaut, soit par les chefs d'entreprise débiteurs, soit par les Sociétés d'assurances à primes fixes ou mutuelles, ou les syndicats de garanties liant solidairement tous leurs adhérents, de s'acquitter, au moment de leur exigibilité, des in-

demnités mises à leur charge à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le paiement en sera assuré aux intéressés, par les soins de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, au moyen d'un fonds spécial de garantie constitué comme il va être dit et dont la gestion sera confiée à ladite Caisse.

Art. 25. — Pour la constitution du fonds spécial de garantie, il sera ajouté au principal de la contribution des patentes des industriels visés par l'article premier, 4 centimes additionnels. Il sera perçu sur les mines une taxe de 5 centimes par hectare concédé.

Ces taxes pourront, suivant les besoins, être majorées ou réduites par la loi de finances.

Art. 26. — La Caisse nationale des retraites exercera un recours contre les chefs d'entreprise débiteurs. pour le compte desquels des sommes auront été payées par elle, conformément aux dispositions qui précèdent.

En cas d'assurance du chef d'entreprise, elle jouira, pour le remboursement de ses avances, du privilège de l'article 2102 du Code civil sur l'indemnité due par l'assureur et n'aura plus de recours contre le chef d'entreprise.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'organisation et de fonctionnement du service conféré, par les dispositions précédentes, à la Caisse nationale des retraites et notamment les formes du recours à exercer contre les chefs d'entreprise débiteurs ou les Sociétés d'assurances et les syndicats de garantie, ainsi que les conditions dans lesquelles les victimes d'accidents ou leurs ayants droit seront admis à réclamer à la caisse le paiement de leurs indemnités.

Les décisions judiciaires n'emporteront hypothèques, que si elles sont rendues au profit de la Caisse des retraites exerçant son recours contre les chefs d'entreprise ou les Compagnies d'assurances.

Art. 27. — Les Compagnies d'assurances mutuelles ou à primes fixes contre les accidents, françaises ou étrangères, sont soumises à la surveillance et au contrôle de l'État et astreintes à constituer des réserves ou cautionnements, dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Le montant des réserves ou cautionnements sera affecté, par privilège, au paiement des pensions et indemnités.

Les syndicats de garantie seront soumis à la même surveillance et un règlement d'administration publique déterminera les conditions de leur création et de leur fonctionnement.

Les frais de toute nature résultant de la surveillance et du contrôle, seront couverts au moyen de contributions proportionnelles au montant des réserves ou cautionnements, et fixés annuellement, pour chaque Compagnie ou association, par arrêté du ministre du Commerce.

Art. 28. — Le versement du capital représentatif des pensions allouées en vertu de la présente loi ne peut être exigé des débiteurs.

Toutefois, les débiteurs qui désireront se libérer en une fois, pourront verser le capital représentatif de ces pensions à la Caisse nationale des retraites, qui établira à cet effet, dans les six mois de la promulgation de la présente loi, un tarif tenant compte de la mortalité des victimes d'accidents et de leurs ayants droit.

Lorsqu'un chef d'entreprise cesse son industrie, soit volontairement, soit par décès, liquidation judiciaire ou faillite, soit par cession d'établissement, le capital représentatif des pensions à sa charge devient exigible de plein droit et sera versé à la Caisse nationale des retraites. Ce capital sera déterminé au jour de son exigibilité, d'après le tarif visé au paragraphe précédent.

Toutefois, le chef d'entreprise ou ses ayants droit peuvent être exonérés du versement de ce capital, s'ils fournissent des garanties qui seront à déterminer par un règlement d'administration publique.

TITRE V

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 29. — Les procès-verbaux, certificats, actes de notoriété, significations, jugements et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi, sont délivrés gratuitement, visés pour timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

Dans les six mois de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les émoluments des greffiers de justice de paix pour leur assistance et la rédaction des actes de notoriété, procès-verbaux, certificats, significations, jugements, envois de lettres recommandées, extraits, dépôts de la minute d'enquête au greffe, et pour tous les actes nécessités par l'application de la présente loi, ainsi que les frais de transport auprès des victimes et d'enquête sur place.

Art. 30. — Toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit.

Art. 31. — Les chefs d'entreprise sont tenus, sous peine d'une amende de 1 à 15 francs, de faire afficher dans chaque atelier la présente loi et les règlements d'administration relatifs à son exécution.

En cas de récidive dans la même année, l'amende sera de 16 à 100 francs.

Les infractions aux dispositions des articles 11 et 31 pourront être constatées par les inspecteurs du travail.

Art. 32. — Il n'est point dérogé aux lois, ordonnances et règlements concernant les pensions des ouvriers, apprentis et journaliers appartenant aux ateliers de la marine et celles des ouvriers immatriculés des manufactures d'armes dépendant du Ministère de la Guerre.

Art. 33. — La présente loi ne sera applicable que trois mois après la publication officielle des décrets d'administration publique qui doivent en régler l'exécution.

Art. 34. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles la présente loi pourra être appliquée à l'Algérie et aux colonies.

LA SEMAINE MÉDICALE

Un traitement mécanique de l'asphyxie des nouveau-nés.

M. le docteur A. Rzad (de Lodz) a recours avec succès, dans les cas de mort apparente des nouveau-nés, au procédé suivant :

Le médecin asseoit l'enfant sur ses genoux, de façon à appuyer contre sa poitrine le dos du nouveau-né dont il embrasse le thorax avec les mains, en appliquant le pouce sur l'omoplate et les quatre autres doigts sur l'abdomen. Il fléchit ensuite rapidement le tronc de l'enfant jusqu'à ce que la tête pende en avant et il comprime en même temps le ventre et la partie inférieure de la poitrine.

On provoque ainsi une expiration énergique et l'écoulement des mucosités accumulées dans les poumons. Pour faciliter cet écoulement, on laisse le corps de l'enfant, pendant cinq à six secondes dans l'attitude qui vient d'être décrite, puis on le redresse lentement. Pendant ce mouvement, on cesse de comprimer le tronc, on rejette en arrière la tête du nouveau-né en s'aidant des pouces avec lesquels on presse ensuite légèrement sur les côtes au-dessous des omoplates ; on obtient alors une inspiration profonde et parfois bruyante.

En faisant alterner régulièrement ces deux positions, M. Rzad parvient habituellement à ranimer le nouveau-né.

Ce procédé est beaucoup moins fatigant pour le médecin que celui des balancements rythmés du corps, et *il* présente encore, sur ce dernier, l'avantage de pouvoir être employé même dans une chambre très exiguë.

Traitement de la rhino-pharyngite chez les enfants.

Ce traitement doit être principalement local.

Un procédé assez simple consiste à introduire trois ou quatre fois par jour, dans les narines, des tampons effilés en pointe, d'ouate hydrophile, trempés dans la vaseline boriquée. L'enfant éternue d'abord, puis supporte le contact de l'ouate, renifle, et la vaseline pénètre dans les fosses nasales jusqu'à la cavité pharyngée. (*Presse Médicale.*)

A la vaseline boriquée, on peut joindre des substances astringentes, telles que l'alun, le tannin et surtout l'antipyrine :

Vaseline..........	20 grammes.
Acide borique.....	1 gramme.
Antipyrine........	0,50 à 1 gramme.

suivant l'âge.

On peut encore employer l'huile mentholée surtout chez les enfants qui ne supportent pas les tampons ou ne se les laissent pas introduire (Comby). A ces enfants, on instiller a donc, matin et soir, dans chaque narine, une ou deux gouttes de mixture suivante :

Huile d'amandes douces....	10 grammes.
Menthol..................	0,15 à 0,50 centigr.

Aux enfants plus grands, on peut faire priser des poudres :

Aristol............	ââ 5 grammes.
Lactose............	

ou bien :

Acéto-tartrate d'alumine.	4 grammes.
Lactose.................	6 —

En même temps on emploie encore localement les vaporisations et les pulvérisations naso-buccales tièdes, avec l'eau boriquée ou salée, avec les eaux sulfureuses.

Ces moyens suffisent dans la grande majorité des cas. Si leur effet se faisait attendre, on pourrait agir directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la sérosine à 5 pour 100, ou avec de la glycérine iodée (parties égales), ou avec la solution suivante :

Iodure pur..............	0,25 centigr.
Iodure de potassium.......	2 grammes.
Glycérine................	20 —
Ess. de menthe poivrée...	IV gouttes.

Deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée, de façon qu'on puisse pénétrer derrière la luette, on pratique de simples attouchements du naso-pharynx, on fait avec le tampon des frictions assez énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

Comme la plupart de ces enfants sont des lymphatiques, il est indiqué d'instituer en même temps un traitement général dont l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, une bonne alimentation, formeront la base.

Hémorrhagie ombilicale chez un nouveau-né.

D'après M. le Dr *Dauchez*, dans le *Journ. de Clin. et de Thérap. infantiles*, l'omphalorrhagie se produit avant ou après la chute du cordon.

Elle peut être la conséquence :

1° D'une ligature insuffisante du cordon.

2° D'un obstacle à la circulation pulmonaire (atélectasie pulmonaire, maillot trop serré, faiblesse congénitale).

3° D'une lésion du foie ou du cœur (malformation du cœur gauche — foie syphilitique).

4° D'une cause générale (septicémie avec ictère, hémophilie, abus des alcalins pendant la grossesse). Dans ce cas, l'omphalorrhagie s'accompagne d'hémorrhagies intestinales, ou vésicales, ou rénales, ou vulvaires, parfois de pétéchies — souvent de fièvre).

Dans le premier cas, on se hâtera de jeter une nouvelle ligature pratiquée au fil ciré. Le maillot sera desserré, dans le second cas. Une révulsion puissante (flagellation froide, balnéation froide de quelques secondes, frictions vinaigrées, cataplasmes sinapisés sur le dos, suivis d'enveloppements ouatés) déterminera le réflexe respiratoire.

Le pronostic est très souvent fatal dans le troisième et quatrième cas. Néanmoins, on agira localement :

1° En comprimant localement, à l'aide du pouce et d'un tampon exprimé de coton hydrophile imbibé de liqueur de Van Swieten, pendant une demi-heure.

2° Le reste de la journée, la compression sera pratiquée à l'aide de coton hydrophile, imbibé de la solution suivante :

Antipyrine..............	1 à 2 grammes
Eau distillée............	10 —

3° Les jours suivants, on enduira des rondelles d'ouate, entre lesquelles seront interposées des rondelles d'amadou, ou une pièce de monnaie (le tout fixé par une bande élastique ou une large bande de dyachilum) de la pommade suivante :

Extrait de sureau........	1 gramme.
Alun calciné............	0,50 centigr.
Onguent populeum......	16 grammes

4° Enfin, on fera sécher la plaie avec la poudre suivante :

Iodoforme déodorisé.....	1 gr.
Quinquina pulvérisé.....	ââ 5 gr.
Benjoin pulvérisé.......	
Carbonate de magnésie..	
Essence d'eucalyptus....	Q. S.

5° S'il y a urgence et danger pour la vie, on liera la région ombilicale, soit avec une pince hémostatique, soit avec deux épingles d'argent se traversant en croix par transfixion à la base de l'ombilic, et rappprochées par un fil passant sous elles.

La cautérisation ignée improvisée, suffira parfois, suivie de compresses froides et d'injections d'éther ou d'ergotine.

Traitement de la tuberculose laryngée.

D'après M. le Dr *Wald, de Weglenski*, le premier point à observer, dans le traitement de la tuberculose laryngée, est le régime tonique et anti-tuberculeux général (suralimentation, aérothérapie, arsenic, phosphates, quinquina). Quant aux pratiques locales, voici ses différentes appréciations :

I. — Inhalation permanente.

L'instillation intra-trachéale intermittente de l'huile mentholée, renforcée par l'inhalation permanente (menthol camphré pétro baseliné) combat efficacement la toux, l'élément catarrhal, la dysphagie même. Par cette pratique, on préviendra peut-être l'éclosion des infections secondaires. Le menthol ne possédant pas une puissance destructive suffisante envers le bacille de Koch, pourra, croyons-nous, par ses vapeurs, déterminer à la longue son atténuation.

Les inspirations de poudre de diiodoforme avec le tube de M. Leduc, de Nantes, ont une grande efficacité aussi.

II. — Sérothérapie.

A part les manifestations dont le pronostic reste toujours bénin (urticaire à forme œdémateuse, éruption fugace à forme ortiée, prurigineuse, dysphagie), le sérum de MM. Héricourt et Richet ne donne lieu à aucun trouble sérieux. Ce sérum n'est pas un spécifique de la tuberculose.

Il n'a aucune prise sur la tuberculose laryngée infiltrée et végétante.

Son pouvoir cicatrisant est insignifiant.

Aidé par le traitement de l'état général, le sérum (néo-sérum) s'est montré d'une efficacité manifeste contre la laryngite épithéliale.

Dans la laryngite ulcéreuse il a donné la preuve d'une efficacité palliative des plus puissantes.

C'est un excellent modificateur de la santé générale.

C'est un puissant analgésique (dysphagie), d'une action rapide et durable (7 à 10 jours).

III.—Méthode sclérogène (traitement pathogénique).

Le larynx présente une tolérance remarquable pour les injections interstitielles de C^2 lZn.

La méthode nous a donné jusqu'à présent une modification favorable de la tuberculose laryngée à forme infiltrée et végétante (3 cas) : le Cl^2 Zn provoqua à la longue une diminution notable des infiltrations, il amena en partie l'affaissement lent, mais progressif d'un pseudo-œdème de l'épiglotte.

IV. — Pansement à demeure (destiné au traitement des ulcérations surtout).

A l'égard du pansement à demeure nous ne pouvons fournir, pour le moment, que des présomptions.

En nous basant sur nos essais préliminaires, nous croyons pouvoir émettre l'opinion suivante :

Le pansement à demeure doit être *à priori* plus efficace pour favoriser la modification de la muqueuse malade, pour modifier les ulcérations, qu'un antiseptique, porté de temps en temps dans le larynx.

Nous espérons que le pansement à demeure protégera efficacement la plaie, fatalement exposée à l'infection secondaire et à la réinfection soit par l'air respiré, soit par les crachats virulents.

V. — Hydroquinone.

N'étant ni caustique, ni irritant pour les muqueuses, possédant en outre l'équivalent antiseptique presque égal à celui de l'acide phénique, l'hydroquinone sera indiqué pour pratiquer l'antisepsie tant soit peu réelle de la muqueuse bucco-pharyngo-laryngée, surtout chez les personnes fortunées (prix).

VI. — Eucaïne B. Cet anesthésique par ses propriétés vaso-dilatatrices excite et active la nutrition locale ralentie (anémie).

A cause de cette propriété, l'eucaïne sera toujours employée de préférence à la cocaïne (vaso-constriction) dans les cas déterminés.

VII. — Haleine. Fétidité *sui generis* dans le pseudo-œdème de l'épiglotte surtout. Symptôme non décrit par les auteurs. En se basant sur cette fétidité d'haleine et l'anémie palatine concomitante, on pourra souvent diagnostiquer, même sans miroir, la nature et la localisation exacte de la lésion.

Troubles nerveux dus à l'alcool, au tabac, au thé et au café.

D'après M. le Dr Lock Wood, de New-York, les affections de la moelle et des méninges, dues à l'abus de l'*alcool*, sont la myélite et la méningite chroniques. On trouve aussi des troubles fonctionnels (hémianesthésie, névralgie, tremblement musculaire, surtout des mains, des lèvres, de la langue). Souvent il y a de l'insomnie. des hallucinations visuelles, de l'excitabilité, de la perte de la mémoire. L'alcool est la cause ordinaire des polynévrites, et souvent favorise la paralysie générale.

Le *tabac* à dose toxique est irritant, dépressif, paralyse les cellules cérébrales, cérébelleuses, et les nerfs de sensibilité spéciale, le bulbe, la moelle, le sympathique, les vaso-moteurs, produisant des troubles fonctionnels. La seule lésion anatomique admise est la névrite optique rétro-bulbaire.

Le *café* est un stimulant ou déprime au contraire le système nerveux selon la quantité ingérée, la force de l'infusion, le moment où il est pris, et la susceptibilité individuelle. Il donne de l'insomnie, de la lourdeur de tête, des désordres des sens spéciaux (flammes devant les yeux, bourdonnements d'oreilles), de l'intermittence du cœur, du tremblement musculaire.

Le *thé* en quantité modérée est stimulant et quelquefois déprime les cellules du système cérébro-spinal. Les désordres nerveux sont: insomnie, céphalalgie, vertige, troubles des sens spéciaux comme ci-dessus, confusion mentale, appréhension, apathie, de l'irrégularité du cœur et de la tachycardie, de la tachypnée, du tremblement, des paresthésies et hyperesthésies, des lipothymies.

Traitement du choléra infantile.

Le docteur Touvenaint résume ainsi, dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, les indications de ce traitement :

Le choléra infantile est une variété de diarrhée infectieuse extrêmement grave, observée surtout pendant les chaleurs de l'été, chez les

jeunes enfants qui sont mal nourris ou tout au moins qui sont privés totalement ou partiellement du sein (Comby). Il apparaît soit insidieusement, au cours d'une diarrhée jusque-là bénigne, soit brusquement, chez un enfant jusque-là bien portant.

En présence d'un cas de diarrhée cholériforme, il faut au plus tôt intervenir énergiquement et se rappeler que les indications thérapeutiques sont les suivantes :

1° Cesser l'alimentation et instituer la diète hydrique ; 2° évacuer de suite le contenu du tube digestif ; 3° combattre la diarrhée ; 4° prévenir le collapsus.

A. *Diète hydrique.* — Supprimer complètement le lait et donner uniquement à l'enfant de l'eau de Vals pure, de l'eau albumineuse (un blanc d'œuf dans 500 grammes d'eau bouillie) de l'eau glacée additionnée d'un peu de champagne, de café ou de cognac.

B. *Evacuer le contenu du tube digestif et combattre la diarrhée.* Administrer tout d'abord du calomel (10 à 30 centigrammes suivant l'âge), puis la potion suivante par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure :

Sous-nitrate de bismuth..	1 à 3 grammes.
Élixir parégorique........	v à x gouttes.
Julep gommeux...........	60 grammes.

ou bien :

Acide lactique.............	2	grammes.
Sirop de gomme...........	20	—
Eau distillée...............	80	—

Si les boissons sont rejetées avec les vomissements, il faut alors recourir aux lavements, par exemple :

Laudanum de Sydenham...	I à II gouttes.
Eau amidonnée............	50 grammes.

Comby conseille encore les lavements d'ipéca (5 grammes en décotion dans 100 grammes d'eau) ou les lavements au nitrate d'argent (5 centigrammes pour 100 grammes d'eau).

Quand les vomisssements et la diarrhée persistent, on pratiquera le lavage de l'estomac. Pour cela, on introduira dans l'estomac une sonde de Nélaton n° 12 ou 14, à l'extrémité de laquelle on adaptera un entonnoir en verre. Le lavalge de l'estomac sera fait soit avec de l'eau bouillie, soit avec de l'eau de Vichy. En même temps, on fera de grands lavages de l'intestin avec les mêmes liquides.

C. *Prévenir le collapsus.* — On fera des frictions énergiques sur tout le corps, avec de l'alcool, puis avec des flanelles chaudes. On administrera concurremment au petit malade la potion suivante, dont on donnera une cuillerée à café d'heure en heure :

Acétate d'ammoniaque..		1 à 3	grammes.
Eau de chaux..........	ãâ	30	—
Sirop de coings........			
Eau distillée............		50	—

Si malgré tout, l'algidité persiste, on donnera des bains sinapisés chauds (38 degrés) ou bains de vin chaud (J. Simon) ; on pratiquera des injections sous-cutanées d'éther ou d'huile camphrée. On insistera sur le champagne, le café et le thé au rhum.

Si les urines sont rares, on n'hésitera pas à faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel, en utilisant par exemple, la formule d'Hayem :

Chlorure de sodium........	5	grammes.
Sulfate de soude...........	10	—
Eau stérilisée..............	1000	—

On portera cette solution à la température de 38 à 40 degrés, et on injectera de 100 à 200 grammes sous la peau du ventre.

OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

De la conjonctivite granuleuse.

Leçon faite par M. le Professeur S. BAUDRY, au Dispensaire du Bureau de Bienfaisance de Lille, et recueillie par M. R. BOMMIER.

La conjonctivite granuleuse est l'une des affections oculaires les plus communes de notre région ; c'est aussi l'une des plus tenaces. Vous en saisirez toute la gravité, si j'ajoute qu'en raison de son caractère contagieux elle a la plus grande tendance à se propager et à récidiver et que ses complications compromettent souvent la vision jusqu'à la cécité partielle et même totale.

La conjonctivite granuleuse (*trachome* des Allemands) est une affection contagieuse, chronique, de nature microbienne probable, caractérisée par une inflammation du tissu lymphoïde de la muqueuse oculaire, aboutissant à la production de nodules néoplasiques (*granulations*) et d'altérations multiples de la cornée et des paupières.

Je ne veux pas, ici, faire l'historique de la *granulation* et rechercher quelle est son origine. Peut-être son microbe, comme l'a spirituellement écrit WARLOMONT, se trouvait-il dans l'arche de NOÉ. Quoi qu'il en soit, la conjonctivite granuleuse semble remonter à la plus haute antiquité, et les chirurgiens lui opposaient, déjà, des moyens violents (*scarifications, raclage, massage*) dont quelques-uns rajeunis et perfectionnés ont, de nos jours, repris rang dans la thérapeutique. Elle a été surtout l'objet de nombreux travaux depuis l'expédition d'Egypte où les troupes anglo-françaises la contractèrent dans sa forme aiguë. Les guerres Napoléoniennes, en raison du contract incessant des armées les unes avec les autres, ainsi qu'avec les populations, propagèrent l'affection qui devint épidémique et fit des ravages d'autant plus grands, qu'elle était accompagnée d'une sécrétion très abondante. En Belgique, vers 1833, un grand nombre de médecins contribuèrent également à sa diffusion, en attribuant le mal à la compression exercée par le col et en faisant décider le renvoi des soldats atteints dans leurs foyers (JUNGKEN).

De nos jours, la forme aiguë du trachome est relativement rare en Europe, et nous n'en voyons plus guère d'épidémies ; la forme chronique est presque exclusivement observée. Mais il en est tout autrement en Orient, en Egypte, où la maladie, parallèlement avec la blennorrhée, fait encore des milliers d'aveugles.

Peu d'auteurs croient à l'origine *endogène* de la conjonctivite granuleuse ; il me parait logique, cependant, d'admettre que, dans certains cas, le tissu lymphoïde sous-conjonctival supé-

rieur, sous l'influence directe de la scrofulose, s'engorge de jeunes cellules et donne naissance à des granulations, absolument comme la chose se passe pour les ganglions envahis par la granulation tuberculeuse.

Habituellement, la conjonctivite granuleuse est la conséquense d'une infection par un autre œil, atteint de granulations *fluentes* (c'est-à-dire avec sécrétion catarrhale ou purulente), une blépharo-conjonctivite servant de porte d'entrée à l'*infection ectogène*, par un microbe pathogène inconnu jusqu'ici.

Comment se fait cette transmission ? Dans la plupart des cas, la contagion est directe ; le produit de sécrétion vient toucher des yeux jusque là indemnes de granulations. On ne saurait trop étudier et rechercher les agents de transport, afin de prévenir ou d'enrayer cette maladie si tenace et parfois si rebelle à tous les soins, qu'on lui a appliqué, comme à la syphilis ce mot désolant : « Quand on en est atteint, on n'est jamais sûr d'être définitivement guéri. ».

La possibilité de la transmission par l'air, jadis défendue par certains auteurs, est complètement niée aujourd'hui ; il n'en est pas de même, dans l'ophtalmie des Egyptiens, du rôle attribué aux *mouches* qui transportent le virus granulo-blennorrhéique.

D'ordinaire, les agents de contagion sont les objets de pansements, les objets de toilette en commun, les doigts, etc.

A côté de l'action du microbe pathogène, il est indispensable d'accorder au terrain la large place à laquelle il aura toujours droit. Il est hors de doute que la misère physiologique, sous toutes ses formes, prédispose puissamment au trachome ; aussi, ce dernier frappe-t-il tout particulièrement l'indigent scrofuleux et affaibli des grands centres, les enfants, les adolescents lymphatiques des deux sexes. Le fait que le produit de sécrétion, transporté sur la conjonctive d'un sujet robuste, donnera parfois naissance à une inflammation non granuleuse (SICHEL fils), que des individus peuvent vivre indemnes dans les conditions hygiéniques défectueuses et la promiscuité que crée la misère, au milieu des dangers incessants que fait naître l'usage des mêmes objets de toilette, du même lit, démontre non moins clairement que la question de terrain joue un rôle important.

Quant à l'immunité dont jouiraient certaines races (*nègres*, *celtes*), elle est très problématique, pour ne pas dire absolument nulle (HIRSCHBERG) Les nègres, par exemple, n'ont pas de trachome, tant qu'ils vivent isolés chez eux, tandis que la morbidité devient très considérable chez ceux qui, comme en Egypte, en Turquie, prennent contact avec des blancs contaminés (VAN MILLINGEN).

L'encombrement, la viciation de l'air par des poussières irritantes, l'humidité, etc., sont des conditions favorables de réceptivité, de diffusion du trachome et expliquent la fréquence de cette affection dans les casernes, les prisons, les écoles, les orphelinats, les hospices, les quartiers pauvres, sur les navires et dans certaines contrées où interviennent des influences climatériques et d'altitude. Les climats de forte altitude paraissent peu favorables à l'extension du trachome qui prospère, au contraire, dans les pays plats et humides. C'est ainsi que les granulations si communes en Orient, en Egypte, en Algérie, au Brésil, en Russie, dans les provinces Baltiques, dans les Flandres, dans la région du Danube inférieur, etc., sont pour ainsi dire inconnues des populations des Alpes, du Tyrol, des hauts plateaux des Cévennes.

En résumé, il ne saurait y avoir de conjonctivite granuleuse *développée*, sans conjonctivite granuleuse *transmise*. Du moment où l'œil d'un granuleux *secrète*, la maladie peut être contractée par ceux qui l'approchent, et qui sont prédisposés à l'affection. De là les épidémies si fréquentes dans les milieux qui réunissent les conditions de misère et de promiscuité. De là, le danger des objets de toilette en commun, tels que mouchoirs de poche, essuie-mains, bassins, éponges, etc.

Le mot contagion éveille l'idée d'un agent infectieux, spécifique et l'observation clinique nous autorise à affirmer son existence. Un certain nombre de micro-organismes ont été rencontrés à la surface conjonctivale ou dans le tissu granuleux : fin bacille spécial (KOCH), microcoques et diplocoques analogues mais non identiques au gonocoque de la blennorrhagie (SATTLER, LEBER, PONCET, HAAB, MICHEL, etc.) On aurait même réussi, en les inoculant, à reproduire la maladie chez l'homme. Toutefois, des doutes subsistent, et, jusqu'à présent, le véritable agent pathogène reste à découvrir. En attendant que de nouvelles recherches bactériologiques aient établi les rapports qui existent entre la blennorrhagie, le trachome et la conjonctivite folliculaire, il convient de regarder la formation de granulations conjonctivales comme un mode particulier de réaction de la muqueuse oculaire vis-à-vis d'irritants divers, parmi lesquels un agent spécifique indéterminé jusqu'ici.

Ces considérations m'amènent à dire quelques mots de la nature du trachome. Pour les uns (*unitaristes*), la conjonctivite folliculaire et l'ophtalmie purulente, constituent des stades différents de la même infection et ne forment qu'une seule et même maladie (*théorie génitale*). La différence de forme de la conjonctivite serait une question de terrain ou de degré de virulence du microbe pathogène. Les inoculations expérimentales de PIRINGER, la coexistence de ces affections, les observations de GOLDZIEHER, SATTLER, VALUDE, etc., dans lesquelles des sujets atteints de blennorrhée oculaire ont communiqué indistinctement l'une ou l'autre affection, plaident en faveur de l'unité de nature de ces formes. Les autres (*dualistes*), et je suis du nombre, considèrent la conjonctivite granuleuse comme une affection contagieuse spéciale, due à un microbe pathogène à découvrir, caractérisée par des élevures demi-transparentes et surtout par la tendance aux récidives, à la sclérose atrophique de la muqueuse et à la production de lésions indélébiles des paupières. Je n'ai jamais observé, pour ma part, ces altérations si caractéristiques, à la suite de la conjonctivite papillaire ou de la conjonctivite purulente aiguë ou chronique, si longue que soit la durée de ces affections. Il ne m'a pas été donné, non plus, de voir le trachome succéder à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés ou des aduldes. Mais, il ne me répugne pas d'admettre que la forme purulente de la conjonctivite granuleuse soit une

inflammation mixte, granulo-blennorrhéique, dans laquelle l'affection gonococcique vient compliquer l'ophtalmie granuleuse.

Si tout est incertitude dans l'étude bactériologique des granulations, il n'en est pas de même de l'anatomie pathologique, aujourd'hui bien connue.

Le processus granuleux consiste dans une inflammation du tissu lymphoïde sous-conjonctival, qui s'engorge de lymphocytes, de phagocytes et de cellules à noyaux multiples, attirés par un micro-organisme pathogène, pour aboutir à la destruction des éléments adénoïdes, à leur transformation en tissu cicatriciel rétractile.

La lésion anatomique typique est constituée par la *granulation*, sorte de papille arrondie de 1 à 2 millimètres, grise, translucide, comparable à du tapioca cuit ou à du frai de grenouille, siégeant en séries pressées les unes contre les autres, principalement à la paupière supérieure, en haut du tarse et au fond du cul-de-sac.

Histologiquement, la granulation, ne possède pas d'élément spécial et présente, à l'état jeune, une structure analogue à celle de la granulation tuberculeuse. C'est un nodule néoplasique formé par un amas de cellules à gros noyaux, par des vaisseaux de nouvelle formation et quelques fibres connectives, le tout recouvert par de l'épithélium, et, à la longue, par une véritable capsule conjonctive. (Ræhlmann).

A côté de la granulation, on trouve des lésions concomitantes, des saillies papillaires (*trachome mixte*) que l'on rencontre, d'ailleurs, à la suite de toute irritation conjonctivale de longue durée, ou bien une infiltration lymphatique, étendue à toute la muqueuse couverte de végétations (*trachome gélatineux diffus de* Stellwag). Le trachome mixte est la forme le plus communément observée. Le microscope démontre, en effet, que dans les cas où l'on croit n'avoir affaire qu'à une hypertrophie des papilles, les véritables granulations sont enfouies dans les couches profondes de la muqueuse ou à l'intérieur du corps papillaire.

Quant aux glandes tuberculeuses allongées, décrites par Iwanoff comme pathognomoniques des granulations, ce sont de simples dépressions ou des enfoncements épithéliaux creusés entre les saillies papillaires.

Parmi les cellules lymphatiques agglomérées sous forme de granulations ou disséminées dans la muqueuse, les unes se résorbent, les autres aboutissent à une organisation fibroïde ou à l'ulcération suivie de cicatrice rétractile : de là, le raccourcissement et l'atrophie de la muqueuse ; de là, le recroquevillement et l'incurvation du tarse, quand la sclérose qui le déforme et l'épaissit n'est pas la conséquence directe du travail inflammatoire et des dégénérescences dont il est lui-même le siège.

Du côté de la cornée, le processus granuleux est identique au point de vue anatomo-pathologique. Le *pannus* est une production de follicules lymphatiques, de tissu conjonctif vasculaire au niveau de la couche sous-épithéliale de la cornée, c'est-à-dire du feuillet conjonctival de cette membrane.

Le contact incessant de la paupière supérieure avec la région correspondante du limbe, la richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques de cette partie de la conjonctive, les érosions épithéliales creusées par le frottement des rugosités granuleuses, favorisent et expliquent l'infection de la partie supérieure de la cornée, infection qui envahit souvent, peu à peu, le reste de la membrane.

Deux variétés cliniques de la maladie ont été décrites, la forme aiguë, inflammatoire, microbienne, contagieuse, et la forme chronique non inflammatoire et non contagieuse ; mais, en réalité, c'est le même processus revêtant la forme inflammatoire ou non ; dans la plupart des cas, le médecin rencontre des granulations mixtes et les symptômes d'une conjonctivite plus ou moins intense ; cela dépend de la période de la maladie.

En général, l'affection est bilatérale ; j'ai vu, cependant, quelques malades chez lesquels elle est restée monoculaire.

(*A suivre*).

REPORTAGE MÉDICAL

Les congés hospitaliers. — M. Napias, directeur de l'Assistance publique, ayant reconnu la désorganisation apportée dans le service médical des hôpitaux par la fuite simultanée en vacances des chefs, des internes et des externes, vient d'établir un réglement à cet égard. Un interne ne peut partir en congé en même temps que son chef ; le tiers des externes est seul en vacances simultanément, les deux autres tiers restent à l'hôpital.

Scandales médicaux en Angleterre. — Notre série noire des années dernières sévit à cette heure sur l'Angleterre. Condamnation du Dr Collins, arrestation du Dr Withmarst, poursuites en cours contre sept médecins anglais, pour avortement : tel est le bilan de ces derniers temps. Pourvu qu'on n'apprenne pas un de ces jours que tout ce monde opérait sur des femmes ou des filles de magistrats! Quelle autorité survivrait dans ce cas pour la sauvegarde de la société... et de la pudeur britannique ?

L'augmentation des spécialistes. — Il y a quelques années, les confrères pressés d'arriver se jetaient avec quelque chance de succès dans la spécialité. Mais M. le Dr Polo vient de nous apprendre dans la *Gazette médicale de Nantes,* que l'encombrement est désormais un fait accompli, de ce côté, et bien plus sensible même que dans la médecine générale. Encore une porte fermée : le débouché du Transvaal ne fera pas compensation.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Jugand, d'Issoudun (Indre), Puy-le-Blanc, de Niort (Deux-Sèvres) et Austruy, de Fumel (Lot-et-Garonne), membres du Concours Médical.

Nous adressons nos compliments de condoléance à la famille de M. F. Rigaud, fondateur de l'usine de Neuilly-sur-Seine, localité dont il devint le député. Cette usine de produits pharmaceutiques occupait de nombreux ouvriers, associés, comme les employés, aux bénéfices de la Maison, qui a, à New-York, une grande succursale. Rigaud a fondé des œuvres charitables ; il était officier de la Légion d'honneur.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. — N° 40 — 1er OCTOBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Une petite réforme.

L'article 20 de la loi du 14 juillet 1893 est ainsi conçu :

En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas de domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie, incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'Assistance médicale est prononcée par le Maire qui avise immédiatement le Préfet et en rend compte, en Comité secret, au Conseil municipal, dans sa plus prochaine séance.

Le Préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

D'autre part l'article 21 édicté :

Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le Conseil général.

Le Département, qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Enfin le commentaire donné par la circulaire ministérielle du 18 mai 1894 s'exprime ainsi :

Le secours donné immédiatement, sans recherche de domicile, sans certitude de recours, tel est le principe posé par l'article 20. L'article 21 apporte à son application un tempérament équitable. Lorsque l'admission au secours aura été prononcée par le Préfet, la commune où par hypothèse l'assisté n'a pas son domicile de secours, ne restera tenue définitivement que de la dépense des dix premiers jours de traitement. Il est juste qu'elle ait une part de la dépense, car d'un côté, le plus souvent, elle aura bénéficié antérieurement du travail de l'assisté ; et de l'autre, on peut présumer qu'en maintes circonstances elle aura une certaine responsabilité dans la madie.....

Théoriquement, ce peut être juste, mais dans la pratique, rien de plus détestable que cette mesure qui met les frais des dix premiers jours de maladie à la charge de la commune où l'assisté n'a pas son domicile de secours.

Sans doute, il peut arriver par hasard qu'un assisté se trouve dans les conditions énumérées par le commentaire, mais le plus souvent, il n'en est pas ainsi : quelle est, en effet, la situation de ces assistés spéciaux ?

Ce sont des enfants *temporairement secourus* par l'assistance publique et placés en nourrice dans les campagnes.

Ce sont des enfants naturels élevés par leurs grands parents, alors que la mère est placée plus ou moins loin comme domestique ;

Ce sont de malheureuses filles, qui reviennent chez leurs parents pour faire leurs couches ou frappées de maladie à la ville ;

Ce sont des assistés d'autres communes qui changent de domicile — et on sait si les déménagements sont fréquents dans cette classe misérable ;

Ce sont des mendiants sans domicile allant de commune en commune solliciter la charité publique ;

Ce sont, enfin, les *roulants*, qui peuplent les grandes routes.

Voilà la situation ordinaire des gens qui n'ont pas leur domicile de secours dans la commune qui doit payer les frais des dix premiers jours de maladie, s'ils tombent malades sur son territoire. On peut se demander comment cette commune aura pu *bénéficier de leur travail*, en quoi elle

pourra avoir quelque *responsabilité dans leur maladie*.

Aussi qu'arrive-t-il ? C'est que les Maires refusent de prononcer leur admission d'urgence à l'assistance médicale et que ces malheureux sont privés des bénéfices d'une loi qui, loin de les exclure, a spécifié les conditions dans lesquelles ils y pourraient participer.

Les choses se passeraient tout autrement si tous les frais de maladie incombaient dans tous les cas au domicile de secours des assistés, communes, départements ou Etat. Les maires ne s'inspireraient alors que des conditions où se trouve le malade et ne feraient aucune difficulté pour prononcer l'admission d'urgence s'il était privé de ressources ainsi que le stipule la loi.

Et pour cela, il suffirait de supprimer à l'article 21, ces simples mots : *sauf pour les dix premiers jours*. Le corps médical devrait prendre l'initiative de cette mesure et faire adopter par les Conseils généraux un vœu en ce sens.

Cela n'empêcherait pas quelque médecin, Député ou Sénateur, de proposer une modification à la loi — au contraire.

L'intérêt général se trouve ici une fois de plus d'accord avec l'intérêt particulier des médecins, obligés de soigner gratis tous ces malheureux et de leur délivrer bien souvent et non moins gratuitement les médicaments, dont ils peuvent avoir besoin.

Petite question, dira-t-on — ce n'est pas notre avis : c'est petite réforme qu'il faut dire.

A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sable chaud en thérapeutique.

De tout temps, on a vanté l'efficacité des bains et des applications de sable chaud. Le professeur *Grawitz*, de Vienne, donne (dans le *Wien. Klin. Woch.*, n° 32) d'utiles indications sur cet agent thérapeutique spécial : Le sable doit être du sable fin de mer ou de rivière passé au crible. La température doit d'abord atteindre 35° Réaumur, puis s'élever dans les bains suivants à 45 et même 55° Réaumur. Dans le traitement à domicile, les bains de sable peuvent s'administrer d'une façon très simple dans une caisse de bois. Le malade est nu ou enveloppé d'un drap de toile et se place sur une couche de sable chauffé de quelques pouces d'épaisseur, puis on le recouvre peu à peu de sable jusqu'au cou. Pour empêcher le rayonnement calorique, on étend sur le réservoir une couverture de laine. La durée du bain doit être au début d'une demi-heure, on augmente peu à peu cette durée jusqu'à une heure. Après ce bain, le patient prend un bain chaud de propreté très court, puis il s'enveloppe d'une couverture de laine afin d'obtenir une transpiration abondante. En dehors des bains entiers de sable, on administre aussi des bains locaux sous forme de sacs de sable qu'on applique sur les régions sur lesquelles on veut agir. Les avantages du bain de sable chaud seraient de pouvoir agir directement sur la peau par des températures relativement hautes sans surchauffer le corps. Un bain de sable chaud ne produit qu'une élévation de température corporelle d'un demi-degré et augmente la fréquence respiratoire de 10 respirations, le pouls de 20 pulsations, tandis qu'un bain d'eau à 40° centigrades élève au bout de 15 minutes la température du corps de 1°25. Les bains de sable chauds sont indiqués, d'après Grawitz, pour combattre les hydropisies dans les affections des reins, du cœur ou du foie. On doit commencer par une température peu élevée dans les affections cardiaques, pour accroître ensuite la température. Dans les arthrites chroniques, l'arthrite déformante surtout, les douleurs articulaires diminuent ou cessent complètement, et la résorption des produits inflammatoires des ar-

FEUILLETON

Un spéculophobe.

Parmi les clients plus ou moins nombreux qui défilent chaque jour dans le cabinet du praticien, il se rencontre parfois un type que l'on a dû remarquer, mais sur lequel aucun psychologue n'a jusqu'à ce jour, que je sache du moins, braqué son objectif.

Ce type, qui appartient au sexe fort et laid, mérite un instantané.

Ce n'est pas qu'il soit agréable : il s'en faut. Il met par moments obstacle à l'exercice de la profession. Mais, il est amusant en ce sens qu'il laisse deviner, tout en la dissimulant soigneusement, une idée bizarre qu'il a derrière la tête. Sa physiologie n'a rien qui le distingue. Il peut être petit ou grand, blond ou brun, faible ou fort, maigre ou gras.

Sa psychologie est toute particulière. On peut dire d'une manière générale qu'il est autoritaire.. un peu, égoïste... beaucoup, jaloux... passionnément, généreux... pas du tout.

Signe distinctif : il s'oppose à l'examen de sa femme au spéculum, même quand il est reconnu que cet examen est indispensable. *C'est le spéculophobe* (1).

Cette opposition ne se manifeste pas par un refus catégorique ; il s'en garderait bien. Il semble au contraire donner son adhésion à une opération nécessaire ; mais il agit en sourdine, il temporise ; il prend des mesures pour que la chose n'ait pas lieu.

C'est une résistance latente, inavouée, honteuse contre le médecin qui propose l'opération et même contre sa femme, qui en reconnaît l'utilité.

Sa femme va-t-elle consulter ? il l'accompagne presque toujours. Reçoit-elle la visite du docteur ? il est là, ou dans une pièce à côté, ou tout près quelque part. Il n'est jamais absent.

Pourquoi cette résistance, sans bruit, cette surveillance, cette diplomatie dilatoire ?

Que craint-il?

(1) Il y a une quarantaine d'années, les femmes étaient en majorité spéculophobes. Pour une raison que l'on comprend facilement, la plupart à cette heure sont spéculophiles, et elle n'est pas sans une certaine logique cette caricature qui représente deux femmes à la porte d'un chirurgien, dont l'une dit à l'autre :

— Vous avez donc encore vos ovaires ? Mais, Madame, ça ne se porte plus ! ! !

ticulations améliorerait beaucoup dans la suite la mobilité des articulations. (*France médicale.*)

Les affections névralgiques, la sciatique sont justiciables du bain de sable chaud local ou général ; il en est de même du rhumatisme musculaire aigu ou chronique. Enfin, les bains de sable ont été recommandés chez les enfants scrofuleux.

La paralysie diphtérique et son traitement.

Depuis le traitement par le sérum, les allures cliniques de la paralysie diphthérique se sont notablement modifiées. Complication de la convalescence, la maladie est devenue d'observation beaucoup plus fréquente à mesure que, grâce au sérum, les guérisons se multipliaient. Elle est, certainement aussi, devenue plus bénigne. Les formes graves à grands accidents bulbaires n'ont pas augmenté proportionnellement à la fréquence des cas légers. Peut-être même, sont-elles plus rares qu'autrefois. Bien que la majorité des cas observés aujourd'hui paraissent avoir une tendance naturelle vers la guérison, l'évolution clinique et le traitement, fort efficace pour abréger la durée de la maladie et atténuer les symptômes les plus pénibles, méritent d'être bien connus.

La paralysie peut débuter presqu'aussitôt après l'angine. Elle peut survenir en pleine convalescence quinze jours, un mois même, comme dans un cas, de Rendu, après la diphtérie. Les paralysies précoces, comme l'a bien montré Landouzy, procèdent souvent par poussées atteignant le voile du palais, guérissant, attaquant de nouveau les membres. Les paralysies tardives frappent, en général, d'emblée tous les organes qu'elles doivent atteindre. Elles offrent moins de caprices dans leur évolution. La gravité de la paralysie n'offre aucune relation avec la gravité de la manifestation diphtéritique initiale. Des diphtéries insignifiantes (angine légère, simple plaque pultacée) peuvent être suivies de paralysies mortelles.

Le meilleur traitement à leur opposer est, d'après M. le Dr Plicque dans la *Presse Médicale*, la méthode électrique. Elle abrège de beaucoup la durée des accidents. Plus le malade est jeune et plus, d'ailleurs, comme c'est la règle dans toute névrite, les succès sont rapides. Cette électrisation est d'ailleurs fort simple ; même dans le cas d'accidents bulbaires, elle peut être facilement faite par tous les praticiens.

Pour le voile du palais, le procédé le plus commode consiste à placer deux petits tampons, derrière l'angle de la mâchoire entre le bord postérieur du maxillaire et le sterno-mastoïdien. Ces tampons sont reliés à un appareil faradique. L'intensité du courant sera moyenne et plutôt faible. Les séances, d'une durée de dix minutes, seront faites tous les jours d'abord, tous les deux jours ensuite. Les tampons, en cas de participation laryngée, seront aussi promenés lentement sur les côtés du larynx.

Les applications intra-buccales, beaucoup plus désagréables pour le malade, seront réservées aux formes graves et tenaces résistant au moyen précédent Le courant continu sera alors le courant de choix. La plaque positive est bien fixée à la nuque. Un tampon olivaire relié au pôle négatif et soigneusement mouillé est promené doucement sur tout le voile du palais. L'intensité ne doit pas dépasser 3 milliampères. Il faut, en promenant le tampon, éviter les interruptions brusques.

La paralysie des membres est, le plus souvent, diffuse. Elle est, d'ailleurs, mobile, variable d'un jour à l'autre. C'est tantôt la faiblesse des jambes, tantôt la parésie d'un bras qui prédomine. L'électricité statique avec étincelles sur les parties les plus atteintes, triomphe très vite de cet état d'asthénie générale. Mais, la faradisation réussit également fort bien et a l'avantage de n'exiger que des appareils usuels.

Le mauvais œil... on n'y croit plus maintenant.

La jettatura, que d'aucuns voulurent acclimater à Paris... les Napolitains eux-mêmes commencent à en rire.

Ne veut-il pas qu'une rétine indiscrète reçoive l'impression d'une image adorée ? mais le médecin n'est pas un profane. Il peut et doit tout voir.

Craint-il que l'opérateur, grisé par des effluves odorants et capiteux, ne perde la tête et... ? Mais le praticien n'est pas un conscrit. Il a fait depuis longtemps ses premières armes. Il sait garder son sang-froid : il en a vu bien d'autres ! Et à la rigueur, le sentiment de la dignité professionnelle n'est-il pas suffisant pour mettre un frein à l'explosion des sens ?

Redoute-t-il la perte d'un objet précieux entre tous et dont il veut avec raison la propriété exclusive ? Mais il peut assister lui-même à l'opération et défier les voleurs.

Il croit peut-être que sa femme va laisser de propos délibéré profaner le vase sacré, le réceptacle de ses épanchements intimes, la source de ses enchantements paradisiaques. Sa frayeur est chimérique, et s'il pouvait s'éclairer, un raisonnement simple lui rendrait la sécurité :

De deux choses l'une : ou sa femme est sérieuse, réfléchie, consciente, bien équilibrée, et alors, elle saura se faire respecter. Ou elle est légère, étourdie, inconsciente, mal équilibrée, et ce n'est pas le médecin qui en aura le bénéfice.

Si elle est hystérique et qu'elle ait les faiblesses déplorables de la névrose, elle pourra succomber un jour et la chose est probable : mais ce sera plutôt avec un petit cousin ou un ami de la famille.

Si elle est en proie à ce que l'on a désigné sous le nom de fureur utérine et que je dénommerais plus volontiers la folie *clitoridienne* (1), oh alors ! elle se livrera plutôt et sans délai au marchand de vins d'en face ou au boucher voisin, à moins qu'elle ne soit tombée déjà entre les bras du cocher ou du jardinier de la maison.

Il n'y a pas partout un tzigane ou un Rigo

(1) Le mot folie est mis là à dessein. Toutes les femmes à fureur utérine sont des détraquées et des femmes à scandales. On connait l'histoire des deux princesses française et belge, dont les aventures et les procès ont défrayé la chronique pendant ces dernières années. Et combien d'autres ? Le nombre en est si grand!

L'un des pôles sera placé à la nuque. Dans le cas d'anesthésie plantaire, mieux vaut placer ce pôle sous forme d'une large plaque bien mouillée d'eau salée mise sous les deux pieds.

Le second pôle sera relié à un rouleau, promené tour à tour sur les jambes, les cuisses, les membres supérieurs, les muscles du dos et des reins, souvent particulièrement touchés. L'intensité du courant doit être un peu forte. La durée totale de la séance ne doit guère dépasser dix minutes. Les séances, qui laissent après elles une fatigue passagère marquée, seront faites tous les deux jours seulement.

Au cas, fort rare, où la paralysie viendrait à se compliquer d'atrophie marquée, où les muscles ne se contracteraient plus par le courant faradique, on emploierait le courant continu. C'est alors le pôle négatif qui doit être relié au rouleau mobile. L'intensité du courant variera de 5 à 10 milliampères. Le rouleau sera particulièrement promené sur les muscles atrophiés.

L'affaiblissement visuel, dû surtout aux troubles de l'accommodation, préoccupe toujours beaucoup les malades. La plaque positive est mise à la nuque. Deux plaques plus petites reliées au pôle négatif par un cordon bifurqué sont mises sur chaque œil. Une intensité de 3 milliampères et une durée de cinq minutes sont suffisantes. Le courant sera mis en activité et interrompu lentement, progressivement pour éviter les phosphènes et les vertiges.

Les paralysies des muscles extrinsèques de l'œil, d'ailleurs très rares, sont plus tenaces, réellement difficiles à électriser. Elles indiquent une paralysie grave, de longue durée, pouvant se compliquer d'accidents bulbaires.

Ces accidents, qui constituent toute la gravité du pronostic, peuvent eux-mêmes être utilement combattus par la faradisation. En cas de lipothymies, de syncope, de faiblesse du pouls, la faradisation de la région précordiale exerce une action réflexe très utile sur le cœur. L'intensité de ce courant sera moyenne. Afin de bien l'apprécier, Duchenne (de Boulogne) recommandait de tenir le tampon dans la paume de la main et de promener doucement sur la région cardiaque l'extrémité des doigts. L'action réflexe respiratoire qu'il attribuait, en cas de dyspnée due au pneumogastrique, à la faradisation des parties postérieures du thorax, est plus aléatoire. En cas de paralysie du diaphragme, la faradisation au moyen de deux tampons appliqués au cou, dans l'intervalle des scalènes est, au contraire, un précieux excitant des nerfs phréniques.

Deux petits points de pratique doivent encore être mentionnés en terminant. Les troubles de la vue, fort gênants, dépendent souvent d'une dilatation permanente de la pupille ou d'une paresse de l'accommodation. Des diaphragmes à orifice très étroit, dans le premier cas, des verres convexes, dans le second, les améliorent beaucoup. La gêne de la marche est souvent due à l'anesthésie plantaire autant qu'à la faiblesse musculaire. Des chaussures à semelles extrêmement minces, permettant le contact du sol, faciliteront alors beaucoup la marche.

Bain de vapeur pratique et économique sans déplacer le malade de son lit.

Quand on ne peut déplacer un malade, chez lequel il est indiqué de provoquer une sudation abondante, on est souvent très embarrassé pour lui administrer un bain de vapeur. Voici un procédé qui est à la portée de tout le monde et peut s'improviser rapidement et à peu de frais.

On étend sur le lit une couverture de laine sur laquelle on place le malade qui garde sa chemise. Sous chaque pied et de chaque côté du tronc, on met une bouteille de grès remplie d'eau bouillante et très solidement bouchée ; chaque bouteille, avant d'être mise en place, a été préalablement entourée d'un essuie-main ou de plusieurs serviettes bien mouillées, et envelop-

---

disponible. — Les frayeurs du spéculophobe (1) sont donc mal fondées. — Mais, dira-t-on, votre spéculophobe est un vulgaire jaloux ? Le plus *souvent*, il en est ainsi ; pas toujours. (2) J'en ai connu un qui laissait sa femme flirter avec de pimpants éphèbes ; et certes si le feu risque de se mettre, c'est bien au contact de pareilles allumettes inflammables.

Souvent aussi se montre le point d'avarice. C'est un des côtés les plus chargés de cette psychologie intéressante. C'est une complication, et bien qu'elle soit fréquente, ce n'est qu'une complication.

Il peut donc y avoir un peu de tout dans cet état mental que je dénonce : de la peur, de la jalousie, de l'avarice. Mais il y a une dominante morbide qui prime tout le reste ; c'est la spéculophobie.

Tous les jours le médecin est appelé à donner des soins à des femmes de peureux, de jaloux ou d'avares : son rôle serait singulièrement restreint si à ces défauts venait s'ajouter la peur du spéculum.

Le spéculophobe est donc un être à part : heureusement il n'est pas commun. C'est un rara avis : aussi me permettrai-je d'en offrir un spécimen aux lecteurs du *Concours médical*.

— Il y a quelques années, à l'heure de ma consultation, un couple jeune et élégant venait me demander un conseil.

Le mari, qui paraissait âgé de 25 à 30 ans, était de taille moyenne, les cheveux châtains et taillés en brosse, la moustache drue et broussailleuse, le visage pâle et maigre, l'œil dur, la physionomie rébarbative.

La femme, grande, élancée, une jolie blonde, avait une expression d'une douceur angélique. Le teint était mat, les traits tirés : un cercle bleu, tracé par la souffrance, entourait une prunelle noire légèrement dilatée. Un air de langueur, un regard attristé lui donnaient un aspect des plus intéressants.

— Docteur, me dit le mari, ma femme est souffrante depuis quelque temps. Elle n'a pas d'appétit, pas d'énergie, et elle est sans cesse fatiguée. Elle a parfois de violents battements de

(1) Il y a deux variétés de spéculophobes : celui qui ne veut pas laisser examiner sa femme et celui qui consent, mais ne veut à aucun prix assister à l'opération. Ce dernier m'a semblé plus rare.

(2) Jaloux et spéculophobe ne font pas une équation. Le premier est commun : le second extrêmement rare : et si le spéculopbobe est d'ordinaire jaloux, on peut affirmer que la réciproque n'est pas vraie.

pées ensuite dans une pièce de flanelle. Les bouteilles une fois placées, on rabat la couverture de laine sur le malade, et l'on met encore une couverture et un édredon.

Au bout d'un quart d'heure, le malade se trouve dans un véritable bain de vapeur, qui provoque une transpiration abondante et dans lequel on le maintient pendant un temps variable, suivant les cas. Afin de favoriser la sudation, on pourra faire prendre une ou deux tasses d'infusion chaude de tilleul.

Pour sortir de son bain de vapeur, on retire, sans le découvrir, la couverture de laine sur laquelle il a été placé avec les bouteilles ; on l'essuie sous la seconde couverture et l'édredon laissés en place. Au bout de vingt à trente minutes, on peut le changer de linge. (*Moniteur thérapeutique.*)

Suites de l'avortement. Conduite à tenir.

Au lieu des pinces et de la curette, M. le Prof. *Budin* conseille, pour traiter les rétentions placentaires consécutives aux avortements d'avoir recours à « l'expression abdomino-vaginale ». Voici le manuel opératoire à employer :

On administre le chloroforme, car il est important que les parois abdominales, les parois vaginales et le périnée soient dans le relâchement le plus complet.

On prend les précautions antiseptiques les plus sévères pour les mains et pour les organes de la malade. On procède ensuite à la dilatation de l'orifice ; on introduit l'index dans le canal cervical, puis l'index et le médius. Si, par hasard, le tissu de la matrice résiste trop, après avoir abaissé l'utérus avec une pince à érignes mise sur le col, on fait usage des bougies de Hégar.

Quand la dilatation obtenue est suffisante, quand deux doigts peuvent être introduits s'il s'agit d'un avortement de trois à quatre mois, quand un seul doigt pénètre après un avortement de deux à trois mois, on pratique le curage. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement, le doigt ou les doigts introduits dans l'intérieur de la matrice détachent lentement, régulièrement et complètement le placenta. Cette séparation est, en général, facile ; parfois, cependant, elle exige un certain temps : si on sent le placenta qui flotte dans la cavité utérine et qui reste encore adhérent par un pédicule, on continue les manœuvres jusqu'à décollement complet.

Il faut alors procéder à l'évacuation. Quelquefois le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux, ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotylédons.

Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière-faix est trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit, on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces, mais après avoir dilacéré, fractionné le placenta, recourir à l'expression abdomino-vaginale.

On explore ensuite l'utérus, pour s'assurer qu'il ne reste rien dans sa cavité ; on fait un grand lavage au sublimé à 1 pour 4.000 en se servant de la sonde à canal en forme de fer à cheval, puis on a recours aux écouvillons, ainsi que l'a conseillé Doléris. M. Budin emploie de gros écouvillons faits avec des côtes de plumes ; on les recourbe légèrement, on les plonge dans une solution de sublimé et on les introduit dans l'utérus. Des mouvements sont exécutés de haut en bas et de bas en haut, grâce auxquels on nettoie successivement la paroi antérieure, la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite de l'utérus ; on termine en imprimant à l'écouvillon des mouvements de rotation sur son axe. Toutes les parois sont ainsi successivement et vigoureusement balayées.

---

cœur, surtout quand elle marche un peu vite. Je pense qu'elle n'a plus de sang et je viens vous demander de quoi la tonifier.

La jeune femme était en effet évidemment anémique. Sa pâleur et sa faiblesse le disaient assez pour qu'il pût y avoir le moindre doute. Cependant je me livrai à un examen attentif. Après avoir constaté la blancheur des muqueuses, je pratiquai l'auscultation. Aux poumons, rien : au cœur, un bruit de souffle au premier temps. A l'estomac, un peu de gonflement et de l'épigastralgie. De l'anhélation, de la céphalalgie, des névralgies intercostales, etc. En un mot, le cortège complet des symptômes objectifs et subjectifs de l'anémie.

— Quel âge avez-vous, Madame ? 22 ans.

— Êtes-vous en famille ? Oui, docteur.

— Vous avez un enfant ? Nous en avons trois.

— Depuis quand êtes-vous mariée ? Il y a 4 ans.

Trois enfants en 4 ans, à 22 ans. On avait mis les bouchées doubles.

— Depuis combien de temps souffrez-vous ?

— Depuis ma dernière couche, il y a 4 mois.

La cause de l'anémie était facile à déduire. Mais il devait y avoir plus et autre chose que de l'anémie. Il y avait un facies utérin.

— Je dirigeai dans ce sens mon interrogatoire.

— Souffrez-vous des reins ? — Oui docteur

— Du bas-ventre, des cuisses ? — Souvent : surtout aux approches des règles.

— Vous devez avoir des pertes blanches ? — Très abondantes et très épaisses.

Il y avait assurément une utéropathie, déterminée chez une lymphatique par des couches trop précipitées.

Je fis part au mari de mon appréciation. Il parut en comprendre toute la portée et sembla disposé à faire donner à sa malade tous les soins nécessaires.

— Pour être fixé sur la nature et la gravité de la maladie, je lui déclarai qu'un examen au spéculum était indispensable.

Il eût une légère contraction des traits : mais ce fut rapide comme l'éclair.

— C'est aussi mon avis, dit-il froidement ; mais il importe pour l'instant, je pense, de traiter l'anémie par les toniques et un régime fortifiant. Dans une quinzaine de jours, s'il ne survient pas d'amélioration, je vous prierai de pratiquer l'opération nécessaire.

La jeune femme, qui était dans les meilleures dispositions, jugea convenable d'attendre encore.

C'était partie remise, mais non partie perdue.

— Quinze jours après, on me faisait savoir que

Quand deux ou trois écouvillons ayant été introduits, ne ramènent plus aucun débris d'arrière-faix ou de caduque, on en passe encore deux qui ont été plongés dans une solution de glycérine et de créosote à 1 pour 5 ou à parties égales, et on fait immédiatement un lavage de la cavité vaginale avec une solution de sublimé, afin d'enlever l'excès de créosote qui est caustique.

Si l'utérus revient bien sur lui-même et s'il n'y a aucune hémorragie, on peut ne point pratiquer le tamponnement; dans le cas contraire, on tamponne la cavité utérine et la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée.

En procédant de la sorte, vous ne faites usage que de vos mains, vous n'avez recours ni aux curettes, ni aux pinces. Vos doigts, dont la pulpe est très sensible, ne sont ni des instruments aveugles, ni des instruments dangereux ; vous ne risquez pas avec eux de produire des perforations de l'utérus ou d'entraîner au dehors des anses intestinales. Le curage digital et l'expression abdomino-vaginale de l'utérus peuvent enfin être pratiqués par tous les médecins ; ayez-y recours et, sans faire courir de risques inutiles à vos malades, vous les sauverez.

OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

De la conjonctivite granuleuse.

Leçon faite par M. le Professeur S. Baudry, au Dispensaire du Bureau de Bienfaisance de Lille, et recueillie par M. R. Bommier.

(Suite).

La conjonctivite granuleuse peut présenter, au début, des phénomènes d'inflammation catarrhale ou purulente ; le plus souvent, au contraire, sa marche est insidieuse et la maladie demande, en quelque sorte, à être recherchée. Tout au plus, les malades accusent un peu de gêne, la sensation de corps étrangers, quelques sécrétions insignifiantes, le matin au réveil, du larmoiement, de la sensibilité à la lumière et une certaine pesanteur de la paupière qui tombe. De là, cette physionomie de personnes endormies et dont l'œil se rapetisse. Si, plaçant le malade bien au jour, on examine attentivement la conjonctive palpébrale, en étalant les culs-de-sac, on peut assister à la période d'invasion, principalement chez les sujets qui cohabitent avec d'anciens granuleux. Au niveau du cul-de-sac supérieur, siège de prédilection des granulations, se détachent sur la muqueuse injectée et légèrement épaissie, des corpuscules vésiculeux, d'un blanc grisâtre, ovoïdes, de 0,5 à 1 ou 2 millimètres, plus ou moins discrets, ayant une certaine ressemblance avec des grains de tapioca cuit ou du frai de grenouille.

A cette période, on admet qu'ils peuvent disparaître par résorption. Peu à peu, ces corpuscules devenus plus volumineux envahiront successivement, si on ne les traite convenablement, toute la conjonctive palpébrale, plus rarement le repli semi-lunaire, la caroncule, d'autres régions de la conjonctive bulbaire et les voies lacrymales. Leur coloration varie du gris-jaunâtre au rouge-orangé, suivant leur siège et leur âge. Au niveau du tarse, les granulations, en raison de l'adhérence de la muqueuse, apparaissent plus petites, aplaties, sous la forme de points translucides ou jaunâtres. A un moment donné, on observe d'autres saillies qui appartiennent aux papilles normales de la muqueuse. Ce sont les granulations mixtes. Ici, les petites élevures sont arrondies, d'un rouge vif, serrées les unes contre les autres, donnent à la muqueuse enflammée un aspect hérissé particulier et dérobent souvent à la vue les véritables granulations. D'autrefois, la conjonctive ne présente presque pas de bosselures, mais une sorte d'infiltration

---

le traitement avait réussi à merveille, que la malade était guérie et qu'il était inutile de me déranger. Je la rencontrai un jour en visite et je pus constater moi-même que le teint était meilleur, l'attitude moins languissante et la démarche plus assurée.

L'anémie était en déroute. La maladie utérine avait-elle disparu en même temps ?

Les toniques avaient donné un résultat heureux, mais ce ne pouvait être qu'un demi-succès : une affection utérine ne cède pas ainsi devant une médication générale.

Trois mois plus tard, la jeune femme revenait accompagnée de son mari. Elle était plus souffrante. Pâle, languissante, elle paraissait marcher avec peine.

Le mari m'adressa la même demande que la première fois. Il réclama une formule de traitement fortifiant.

Je lui fis entendre que la médication tonique produirait bon effet, mais qu'elle serait insuffisante, qu'il fallait à tout prix attaquer le mal dans sa source et frapper l'organe qui était l'auteur de tout le mal.

Il se rendit à l'évidence et me pria de me rendre le lendemain chez lui, muni des instruments nécessaires ; la jeune femme paraissait vivement désireuse d'en finir avec ses tourments.

Le lendemain, comme bien on pense, je ne manquais pas l'heure du rendez-vous, et j'arrivais armé d'un spéculum, d'une pince utérine et d'un hystéromètre.

Je fus reçu par le mari, qui me fit entrer dans le salon. Après m'avoir offert un siège, il vint s'asseoir auprès de moi ; puis :

— Docteur, me dit-il à voix basse, je vous remercie de votre exactitude. Mais l'opération ne pourra pas se faire, du moins aujourd'hui. Ma femme a horreur de se montrer ainsi ; j'ai eu beau l'exhorter, la supplier même ; rien n'a pu réussir.

— Cependant, elle paraissait bien disposée.

— C'était une apparence.

— Et en réalité ?

— En réalité, elle frémit à la pensée d'un examen pareil (un temps... pendant lequel je regardais avec intérêt mon interlocuteur, qui avait l'air anxieux).

— Je vous présente toutes mes excuses, répéta-t-il, nous suivrons vos conseils pour le régime et le traitement ; et il faut espérer que nous arriverons à la guérison.

Et je partis.

(à suivre).

gélatineuse, diffuse. Une particularité à noter, c'est l'absence de vascularisation de la conjonctive bulbaire, laquelle, à moins d'être envahie par les granulations, est à peine sillonnée par quelques vaisseaux, et laisse voir la blancheur de la sclérotique (forme chronique).

La sécrétion, comme je l'ai dit plus haut, est insignifiante. Il n'en est plus de même, lorsqu'il se déclare une inflammation violente. Dans ce cas, les symptômes irritatifs sont très marqués et les yeux sont baignés par une sécrétion muco-purulente ou purulente abondante, éminemment contagieuse. A cette période, et à la faveur d'un traitement bien dirigé, l'affection peut rétrograder et guérir, mais, souvent, les complications de l'ophthalmie purulente surviennent qui entraînent la perte de l'œil. Cette terminaison est habituelle dans les pays chauds.

La complication la plus fâcheuse est le *pannus* granuleux accompagné ou non d'ulcères cornéens ; elle est fréquente chez les sujets fortement strumeux. Sur les limites de la cornée, on voit de petites cellules rondes proliférer, puis s'infiltrer entre l'épithélium et la membrane de Bowman. En même temps, des courants de globules sanguins apparaissent au milieu de ces amas cellulaires, puis des anses vasculaires sur deux plans, en continuité de rapport avec les arcades du limbe cornéen. La cause productrice vient-elle à disparaître, par suite d'un traitement énergique? les néo-capillaires s'atrophient, et les cellules, par suite d'insuffisance de nutrition, deviennent granulo-graisseuses et meurent. C'est le *pannus tenuis*. Dans le *pannus sarcomateux*, au contraire, par suite de la persistance de l'infection granuleuse, les mêmes cellules prolifèrent activement, envahissent, détruisent la membrane de Bowman, la couche propre de la cornée, et donnent naissance à des ulcérations profondes ; les vaisseaux se multiplient, et c'est alors qu'a lieu l'organisation en tissu conjonctif, suivie plus tard d'opacités étendues et incurables. Deux stades plus rares consistent dans la transformation du pannus en un tissu dense cicatriciel, ou en de petites taches blanchâtres, superficiellement situées, semblables à des incrustations par le plomb. Exceptionnellement enfin, on voit le pannus sarcomateux rétrocéder spontanément ou sous l'influence d'un autre agent infectieux (érysipèle, conjonctivite blennorrhagique).

Tant que l'épithélium cornéen est intact, le patient ne fait que baisser la tête et fermer à demi les paupières, mais dès qu'apparaissent les ulcérations superficielles, la *photophobie* devient extrême. Par action réflexe, les larmes sont sécrétées en abondance (*larmoiement*) et les paupières sont spasmodiquement contractées (*blépharospasme*).

Qu'on me permette ici quelques remarques à propos de la *photophobie*. La plupart des malades atteints de kératite granuleuse se présentent à la consultation avec une difficulté plus ou moins grande de supporter la lumière. C'est dans une demi-obscurité seulement qu'ils peuvent ouvrir les paupières. Mais, à côté de ces sujets, il en est un certain nombre qui éprouvent cette même difficulté douloureuse de tenir les yeux ouverts, aussi bien dans l'obscurité la plus complète qu'au grand jour. Ce n'est donc plus seulement, ici, la crainte de la lumière, mais la crainte du contact de l'air ; il existe, si je puis m'exprimer ainsi, une véritable *aérophobie*, symptôme que l'on remarque, dans toute son intensité, lorsqu'il y a destruction de l'épithélium de la cornée. Dans ce cas, l'irritation partie des terminaisons nerveuses mises à nu, détermine, par action réflexe, le larmoiement et le blépharospasme, de même qu'elle retentit sur les différentes branches du trijumeau sous forme de névralgies périorbitaires. Ces troubles fonctionnels jettent, on le comprend, une grande perturbation dans l'exercice de la vision, devenue d'autant plus défectueuse que la vascularisation et la prolifération cellulaire ont fait davantage de progrès.

On pourrait s'attendre à une aggravation de ces symptômes, quand il s'agit de la forme sarcomateuse, quand les altérations anatomiques font ressembler la cornée à une plaie bourgeonnante. Il n'en est rien et, à part la vision qui, lorsqu'elle n'est pas complètement abolie, se trouve réduite à la perception quantitative de la lumière, il n'y a pour ainsi dire pas de réaction. Dans les Flandres, en Algérie, le nombre est considérable des granuleux qui offrent le triste spectacle des ravages de cette affection; ces malheureux, endurcis au mal, se plaignent rarement de souffrir ; c'est à peine s'ils accusent la sensation de corps étrangers sous les paupières.

A ces signes, perçus par le malade, s'ajoutent ceux que l'examen direct fournit au médecin. J'insiste particulièrement sur la nécessité d'une exploration complète et minutieuse. C'est en n'observant pas soigneusement et en se contentant de voir à peu près, que l'on commet des erreurs de diagnostic et que viennent les insuccès. Rien de plus préjudiciable à la réputation du praticien que d'échouer dans le traitement d'une affection réputée légère, pour avoir laissé passer inaperçus certains détails auxquels il n'a pas daigné s'arrêter. L'examen à l'éclairage latéral et à la loupe est absolument de rigueur.

S'agit-il de l'état aigu du pannus tenuis ? La cornée, vascularisée, terne et dépolie, présente des érosions ou des ulcères à marche serpigineuse. Chez les sujets cachectiques, ces ulcères deviennent profonds, se compliquent d'abcès graves, d'iritis à hypopion et de perforation de la cornée ; de là, le staphylome, le leucome adhérent, avec menaces de glaucome secondaire. D'autres fois, l'épithélium n'est pas entamé mais soulevé par les vaisseaux tortueux et des cellules de nouvelle formation. La membrane transparente, devenue d'un gris rosé caractéristique, laisse difficilement distinguer l'iris et la pupille. Quand l'affection fait des progrès, les vaisseaux prennent un développement énorme et s'anastomosent entre eux en mailles si serrées qu'on dirait une membrane essentiellement vasculaire.

Après un temps plus ou moins long, la turgescence inflammatoire diminue, la coloration d'un gris-rosé fait place à une coloration gris-jaunâtre sale, et la cornée opaque est devenue raboteuse, bosselée, sillonnée de cicatrices enfoncées.

La période de rétraction cicatricielle qui marque la fin du processus pathologque spécifique n'est pas moins fertile en complications graves et elle a une durée d'autant plus longue que les tissus ont été davantage hypertrophiés. La mu-

queuse n'est plus rouge, ni épaisse, mais au contraire, d'un blanc grisâtre, luisante et sillonnée de traînées cicatricielles. Le tissu conjonctival, atrophié ainsi que ses glandes, se raccourcit, entrainant comme altérations secondaires, l'*effacement* des *culs-de-sac*, l'*incurvation* du *tarse*, le *trichiasis* le *blépharophimosis*. Consécutive à la forme diffuse, l'atrophie complète va quelquefois jusqu'au *xérosis*, ainsi que je l'ai observé un grand nombre de fois. La sécrétion conjonctivale étant tarie, le globe n'est plus lubréfié, la cornée se recouvre d'un épithélium sec et opaque, et le malade, aveugle et défiguré se plaint d'une sensation vive de sécheresse.

Enfin, les voies lacrymales sont souvent envahies et rétrécies, les points lacrymaux déviés ; il y a rétention des larmes et sécrétion mucopurulente. La marche du trachome aigu, épidémique, est rapide ; mais en général, l'affection est essentiellement chronique. L'évolution de la conjonctivite granuleuse peut durer des mois et même des années, avec des périodes de rémission et d'aggravation ; la première phase, nous l'avons vu, est celle de l'hypertrophie de la muqueuse, qu'il importe avant tout d'enrayer, si l'on veut réduire au minimum la rétraction cicatricielle ultérieure, ses conséquences et, par la même, la durée de l'affection.

Il y a lieu de distinguer, à ce point de vue, les cas légers et les cas graves. Dans les premiers, les cicatrices sont tellement minimes qu'on a de la peine à reconnaître les traces du trachome ; de même, le pannus tenuis disparait en laissant à la cornée toute sa transparence. Les autres ont, comme conséquences, les lésions redoutables que nous avons précédemment décrites, et qui rendent partiellement ou totalement aveugles, ceux qui sont atteints de la forme grave du trachome. Signalons, enfin, des cas dans lesquels il survient, sans cause appréciable, des arrêts de la maladie ou bien des exacerbations et des récidives. Celles-ci sont la règle lorsque le traitement est inachevé et trop vite abandonné.

En général, il est facile de ne pas confondre les granulations avec les lésions si caractéristiques du catarrhe printanier et avec les granulations folliculaires et papillaires. J'ai dit, plus haut, que ces dernières apparaissaient à la suite de toutes les variétés de conjonctivite chronique. Elles sont d'ailleurs plus grêles, plus développées en hauteur, plus vascularisées et siègent sur toute l'étendue de la muqueuse tarsienne, en respectant les culs-de-sac.

Il est des cas toutefois, dans lesquels la confusion est possible avec une conjonctivite chronique ; dans le trachome mixte, nous l'avons vu, les granulations, parfois enfouies et dissimulées dans les plis de la muqueuse hypertrophiée, sont difficiles à découvrir. On a indiqué, comme un symptôme caractéristique, l'aspect, en *dents de scie*, du bord tarsal supérieur ; au point de vue du traitement, cette confusion a, du reste, peu d'importance.

Les follicules, rosés ou d'un rouge jaunâtre, sont disposés en séries transversales vers le cul-de-sac inférieur : on les observe surtout chez les petites filles. Les follicules et les hypertrophies papillaires guérissent sans laisser de traces et ne se compliquent pas de lésions cornéennes. Quant aux productions du catarrhe printanier, elles sont plus caractéristiques. La muqueuse paraît grossièrement pavée de papilles larges et aplaties, en même temps qu'autour du limbe existent des nodosités végétantes d'aspect gélatineux. J'ajoute que, dans les pays contaminés, lorsque le diagnostic est douteux, il vaut mieux se comporter au point de vue de la prophylaxie et du traitement comme si l'on avait affaire au trachome vrai.

Les symptômes inflammatoires du début du trachome aigu, épidémique font penser à la conjonctivite blennorrhagique, mais on trouve ici de nombreuses granulations ; si le gonflement rend celles-ci invisibles, on attendra pour se prononcer, et, ultérieurement, s'ajoutera l'hypertrophie caractéristique de la muqueuse.

Enfin, on devra songer à certains cas de *tuberculose conjonctivale* qui s'accompagnent, au début, de nombreuses saillies granuleuses (RHEIN, FUCHS).

(à suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ordre des Médecins.

Au cours de cette année, la plupart des Sociétés médicales se sont prononcées dans un sens ou dans l'autre au sujet de la création d'un Ordre des médecins. Un seul document important a vu le jour ; c'est le seul qui puisse être soumis aux prochaines discussons définitives, c'est l'avant projet ci-dessous, dû aux médecins Syndiqués de la Gironde.

Notre Assemblée générale de 1897 avait déclaré ne pouvoir se prononcer que si elle était mise en présence d'un projet d'organisation capable de donner satisfaction aux désiderata du corps médical. Ce dernier né remplira-t-il mieux les conditions que ses aînés ? Nos confrères le diront.

Avant-Projet des médecins syndiqués de la Gironde.

Article premier. — Il est institué dans chaque département (ou arrondissement) un *Collège médical*.

Art. 2. — Tout médecin, qui aura régulièrement sollicité et obtenu son inscription au tableau de son Collège, aura seul qualité pour concourir à l'enseignement des Ecoles et des Facultés de l'Etat, pour exercer des missions judiciaires et des fonctions médicales conférées par l'Etat, les départements, les communes les établissements publics ou d'utilité publique, les Sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, etc. (A compléter, s'il y a lieu.)

Art. 3. — Chaque *Collège* élira une *Chambre médicale* composée de.... (nombre, composition et mode d'élection à déterminer par un règlement).

Art. 4. — Il sera dressé tous les ans, par les soins de la Chambre médicale, un tableau des membres composant chaque Collège. Ce tableau devra être déposé à la préfecture dans la dernière quinzaine de décembre. Il sera, dans le mois de son dépôt, publié par les soins de l'Administration.

Art. 5. — Les attributions de la Chambre médicale sont :

1° De prononcer sur les demandes d'inscrip-

tion au tableau du Collège et sur les difficultés qui y sont relatives ;

2° De veiller à la conservation de l'honneur des médecins, de maintenir les principes de probité et de délicatesse, qui font la base de leur profession, et d'assurer la protection de leurs intérêts, sans que jamais aucune ingérence soit permise dans les doctrines médicales honorablement pratiquées ;

3° De prévenir et concilier tous différends entre médecins ;

4° De prévenir et concilier toutes plaintes et réclamations de la part de tiers contre les médecins à raison de l'exercice de leur profession ;

5° D'émettre son opinion sur les poursuites ou responsabilités auxquelles ils pourraient être exposés ;

6° De donner son avis sur les difficultés concernant le règlement des honoraires et sur tous différends soumis à cet égard aux tribunaux ;

7° De représenter, même en justice, tous les médecins du Collège collectivement, sous le rapport de leurs droits et intérêts communs ;

8° De prononcer ou provoquer, suivant les cas, l'application de toutes les sanctions disciplinaires.

Art. 6. — Les peines disciplinaires sont.... (par exemple : l'avertissement, le blâme, le blâme avec affichage aux lieux de réunion du Collège, l'interdiction temporaire de paraître aux lieux de réunion du Collège, l'interdiction du vote, l'inéligibilité, l'amende, la suspension, la radiation).

Art. 7. — Aucune peine de discipline ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé, avec délai de huitaine franche ; dans le cas où le médecin, dûment convoqué, n'aurait pas comparu, la décision de la Chambre médicale ne pourra être rendue que par défaut.

Art. 8. — Les décisions par défaut seront susceptibles d'opposition dans la huitaine de leur notification.

Les notifications et oppositions seront faites par lettres recommandées.

Art. 9. — Au cas de décision contradictoire prononçait une peine supérieure à...., le médecin frappé pourra se pourvoir par la voie de l'appel.

La même faculté est réservée, dans les mêmes limites, au médecin frappé par défaut, qui n'aura pas fait opposition en temps utile.

L'appel devra être interjeté dans le mois de la notification de la décision. Notification et appel seront également faits par lettres recommandées.

Art. 10. — Les appels seront portés devant un Conseil médical supérieur, désigné sous le nom de *Conseil d'appel* (élection, organisation et fonctionnement à déterminer).

Art. 11. — La Chambre médicale de chaque Collège déterminera la cotisation qui devra être acquittée annuellement par chacun de ses membres pour faire face aux dépenses d'intérêt commun.

Les œuvres de solidarité professionnelle
Le « Sou Médical »

Le *Concours médical* nous paraît avoir trouvé la formule claire, nette, et suggestive de la mutualité médicale : le « Sou médical ». Chacun un sou ! Qui peut refuser UN SOU ?...

— Payez-vous le Sou médical ? — Non !... Alors vous êtes un faux frère.

Cet abstentionniste est atteint du mal contemporain, de cette *rosserie*, que décrivait naguère Paul Hervieu, dans une de ses chroniques des *Annales*.

Il ne donne rien, parce qu'égoïste renforcé, il compte sur l'altruisme des autres. De deux choses l'une : ou il ne lui arrive rien de fâcheux et alors il n'a pas besoin de payer, ne fût-ce qu'un sou — ou, s'il lui arrive malheur, on n'osera pas, on ne pourra pas l'abandonner. Le calcul est simple, et il est juste. De nombreux exemples le démontrent. Nous secourons chaque année des confrères, qui n'ont jamais voulu s'affilier à aucune de nos sociétés de prévoyance ou de défense professionnelles, mais qui, sans doute, payaient régulièrement leurs cotisations de membres honoraires de la « Société d'encouragement mutuel » de « l'Orphéon des Enfants de la balle », de la « Société de gymnastique des Patriotes de l'avenir », et de tant d'autres d'aussi prestigieuse utilité.

Eh bien ! c'est à cette générosité outrée, à cette solidarité à rebours, qu'il faut attribuer, l'irréductible apathie dans laquelle se retranchent, inexpugnables, le plus grand nombre de ces réfractaires aux œuvres de solidarité.

A l'heure actuelle, où chacun de nous sent le besoin de se serrer les coudes, il faut que celui qui refuse de se joindre aux autres, sache bien qu'il n'aura qu'à compter sur lui-même. Il faut qu'il subisse les conséquences, quelque cruelles qu'elles puissent être, de son égoïste présomption. Quelques-unes de ces auto-exécutions seraient salutaires au bien général ; elles stimuleraient la volonté des indécis et réchaufferaient le zèle des retardataires.

Allons, mes chers confrères, un bon mouvement, donnons tous notre Sou quotidien, et ce sou, multiplié par dix mille que nous sommes, fera merveille.

Dr Henry MARAIS.

(*Année médicale de Caen*)

N. D. L. R.—Nous étions d'autant plus pressés de reproduire cet appel, qu'il vient déjà de porter ses fruits : nous enregistrons depuis quelques jours des adhésions, qui prouvent que la voix de notre confrère a été entendue.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal civil de Lyon.

Une question de responsabilité médicale.

AUDIENCE DU 18 JUIN 1898

Attendu que le demandeur articule : qu'à la date du 18 mars 1897, sa femme, la dame Soulavy, vint à Lyon pour se soumettre à l'examen du docteur X... ;

Qu'après un examen rapide, celui-ci lui conseilla de se rendre à la maison de santé des Sœurs de Sainte-Marthe où il pourrait l'examiner d'une façon plus approfondie ;

Que la dame Soulavy, ne pouvant rester à Lyon à ce moment, retourna à Saint-Etienne d'où elle

revint le 25 mars pour se rendre, conformément à l'avis du médecin, à la maison de santé ;

Attendu que, le lendemain, ce dernier, assisté d'un de ses confrères, procéda à son examen et décida qu'il y avait lieu de faire une opération ;

Que cette opération fut pratiquée sur-le-champ, que le mari n'en fut avisé que le lendemain, et que, trois jours après, la malade succombait aux suites de cette intervention chirurgicale ;

Attendu que le demandeur conclut à ce que le docteur X.... soit condamné à lui payer une somme de 10,000 francs pour le préjudice que lui a fait éprouver la mort de sa femme, et subsidiairement demande à être autorisé à prouver certains faits qui, d'après lui, établiraient certainement la responsabilité de l'homme de l'art, pour le cas où le Tribunal ne la jugerait point en l'état suffisamment établie ;

Attendu, qu'en présence des affirmations contradictoires des parties, le demandeur n'a point, quant à présent, en effet, justifié sa demande, qu'il y a donc lieu d'examiner si les faits cités sont pertinents et admissibles et si la preuve en doit être ordonnée ;

Sur le premier fait cité :

Attendu qu'il est constant et reconnu par toutes les parties, que c'est à la date du 18 mars 1897, que la dame Soulavy s'est présentée au cabinet du docteur X... pour se soumettre à un examen ;

Attendu que le docteur X... affirme que ce jour-là il a procédé à un véritable et complet examen de la malade et qu'il l'a invitée ensuite à se rendre à l'hôpital de la Charité ou chez les Sœurs de Sainte-Marthe, si elle se décidait à subir l'opération qu'il jugeait nécessaire à l'amélioration de son état ;

Attendu que cette double affirmation du médecin paraît d'ores et déjà hors de doute pour le Tribunal ;

Qu'en effet, étant donnée la nature de la maladie constatée (dégénérescence de la muqueuse du col et du corps de la matrice), l'examen ne pouvait être ni long, ni compliqué ;

Que, d'autre part, le docteur X..., médecin spécialiste des plus distingués et des plus occupés, a certainement dans son cabinet et en sa possession les instruments d'examen et de vérification qui lui sont journellement nécessaires ;

Qu'il n'était donc nul besoin, pour cet examen, que la malade fût internée à l'hôpital ou chez les Sœurs de Sainte-Marthe, mais que cet internement était indispensable, au contraire, pour pratiquer sur elle l'opération conseillée ;

Qu'enfin, les faits qui ont suivi, le voyage à Saint-Etienne de la dame Soulavy, son retour à Lyon, son entrée à la maison de Sainte-Marthe sans avoir revu le médecin, l'avis donné à celui-ci par la supérieure de la maison, tout établit à l'évidence que les choses se sont passées comme l'affirme le docteur X..., et qu'elles n'ont pas pu se passer autrement ;

Attendu, d'ailleurs, que la preuve des dénégations opposées sur ce point aux affirmations du médecin, est impossible à administrer puisque ce dernier, le 18 mars, était seul dans son cabinet avec la malade, et qu'on n'offre pas de faire entendre un seul témoin ayant assisté à la consultation.

Qu'il faut donc tenir pour prouvé que ce jour-là, 18 mars, après un examen complet de sa malade le médecin la prévint que si elle consentait à subir l'opération ou plutôt l'intervention chirurgicale jugée indispensable pour améliorer son état, elle devait se rendre à la Charité ou chez les Sœurs de Sainte-Marthe ;

Sur le deuxième fait cité :

Attendu qu'il est également constant et reconnu par toutes les parties que le 25 du même mois de mars, la dame Soulavy se rendit conformément à l'avis du médecin à la maison de santé des dames de Sainte-Marthe ;

Sur les troisième et quatrième faits cités ;

Attendu que les considérations ci-dessus développées établissent manifestement que la dame Soulavy n'était entrée dans l'etablissement des Sœurs de Sainte-Marthe *que pour s'y soumettre à l'intervention chirurgicale qui lui était conseillée, le docteur X.. n'avait point à prendre à nouveau son assentiment ;*

Qu'il n'avait pas davantage à l'avertir des dangers éventuels que pouvait présenter une opération jugée par lui et par tous les hommes de l'art innocente et sans péril.

Que dans ces conditions tout avertissement dans ce sens, loin d'être une précaution utile et sage, n'aurait été qu'une véritable imprudence susceptible et inquiétant la malade, sans la faire renoncer à l'intervention acceptée, de nuire au résultat final de l'opération en treprise ;

Attendu, il est vrai, que la dame Soulavy paraît avoir succombé à des accidents septiques de métrite compliqués de congestion pulmonaire qui se sont produits à la suite de l'intervention pratiquée sur sa personne ;

Mais attendu qu'il serait excessif de rendre responsable l'homme de l'art qui pratique sur un malade, de son consentement, une opération universellement jugée sans dangers, des complications imprévues, extraordinaires, parfois même invraisemblables qui peuvent se produire dans toute intervention chirurgicale, même la plus innoffensive ;

Que de pareilles responsabilités, si elles étaient encourues, auraient pour résultat de rendre dans bien des cas l'exercice de la médecine impossible ;

Qu'appliquées dans l'espèce actuelle elles seraient d'autant plus injustes, que la science et la compétence indiscutée du docteur X..., sa prudence et son expérience consommée, sa haute honorabilité enfin le mettent à l'abri de tout soupçon d'imprudence, de négligence ou d'imprévoyance professionnelle ;

Qu'il ne faut donc voir dans l'accident du 25 mars 1897, que ce qui est en réalité un malheur profondément regrettable échappant à toutes les prévisions de la science et déjouant comme il arrive souvent toutes les précautions de la sagesse humaine ;

Sur le cinquième fait cité :

Attendu que l'assentiment de la dame Soulavy à l'opération que le médecin allait pratiquer sur elle et qu'il jugeait sans danger, dispensait ce dernier de s'assurer du consentement préalable du mari dont l'existence du reste ne lui a été révélée qu'après l'opération ;

Sur la demande reconventionnelle :

Attendu que cette demande paraît juste et bien fondée, que le chiffre des honoraires réclamés ne paraît point exagéré ;

Par ces motifs,

Le Tribunal,

Jugeant contradictoirement en matière ordinaire, et premier ressort, le Ministère public entendu, après en avoir délibéré ;

Dit et prononce que les faits cités et dont on demande à faire la preuve sont dès maintenant démontrés faux ou non pertinents ;

Que dès lors la preuve n'en saurait être autorisée ;

Au fond :

Rejette comme irrecevable et mal fondée la demande du sieur Soulavy et l'en déboute ;

Statuant sur la demande reconventionnelle, la reçoit comme régulière en la forme et juste au fond ;

Condamne en conséquence le sieur Soulavy à lui payer la somme de 200 francs montant des honoraires réclamés;

Condamne en outre le demandeur aux dépens.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des Sociétés locales.

Syndicat et Société des Vosges.

Le *Bulletin médical des Vosges* nous donne les Comptes rendus des réunions de ces deux sociétés tenues le 14 mai 1898 à Epinal.

La société locale a entendu de la bouche de son Président, M. le Dr Liétard, l'exposé de la séance de l'Association générale, et particulièrement des questions que soulève la nécessité, pour celle-ci, d'adapter ses statuts à la nouvelle législation sur les Sociétés de secours mutuels.

Au syndicat, deux intéressantes affaires de déontologie ont reçu des solutions qu'il est bon de publier. Nous laissons la parole au Bulletin.

1° *Incident W...-R...,*

Le mardi 29 avril 1898, les bureaux de nos deux Associations, auxquels s'étaient joints les membres de notre Commission d'initiative, se sont réunis à Epinal à l'effet de juger un différend survenu entre les Drs R... et W... différend dont le bureau de l'Association syndicale avait été saisi.

Assistaient à cette réunion, MM. les Drs Lardier, Brallet, Parisot, Maucotel, Pernet, R... et W...

S'étaient excusés, M. les Drs Liétard, Pommageot, Fayseler.

Absents, MM. les Drs Eury et Fournier.

M. le Dr Lardier donne lecture de différentes lettres émanant de MM. R... et W..., desquelles il résulte que : 1° M. le Dr R..., au dire de M. le Dr W.., aurait été visiter *clandestinement* une de ses malades atteinte de pneumonie, et au moment où la convalescence s'était affirmée ; 2° que le Dr R... se serait livré en présence de la malade et de son entourage à des appréciations malveillantes et désobligeantes pour le Dr W..., et que ce faisant, le Dr R... aurait méconnu les règles déontologiques auxquelles les membres de notre Association doivent se conformer.

Au cours de la discussion, M. W... a relaté un autre fait, sur lequel il y aura lieu de revenir et que nous nous contentons de citer pour le moment, à savoir que M. R... aurait été visiter un blessé auquel M. W... donnait ses soins et se serait permis de changer son traitement.

Des explications qui ont été échangées il résulte qu'effectivement M. R... a été visiter une dame atteinte de pneumonie et ce dans le cours de la maladie ; mais M. R. donne à cet égard une justification qui a semblé très rationnelle à la commission.

En effet cette femme, au début de la pneumonie envoya quérir le Dr W... qui lui donna ses soins pendant plusieurs jours consécutifs. La famille de la malade qui était dans une situation peu aisée, au bout de quelques jours demanda son inscription sur la liste des assistés, des nécessiteux qui ont droit à l'assistance médicale gratuite. Il faut dire, avant d'aller plus loin, que le Dr R... est spécialement délégué par l'administration municipale de St-Dié pour donner les soins médicaux nécessaires aux nécessiteux malades. M. le Dr R... reçut donc du maire de St-Dié un bon de réquisition le priant d'aller rendre visite à la malade du Dr W... M. le Dr R... se rendit à l'invitation du maire ; et l'on ne saurait l'en blâmer ; il pouvait absolument ignorer que cette malade avait été soignée par M. le Dr W... Du moment que, dans le cours de la maladie, cette malade obtenait les soins médicaux gratuits, c'était au médecin chargé de ce service qu'incombait le devoir de les lui donner.

La commission a pensé qu'il ne fallait accorder qu'une créance tout à fait secondaire aux appréciations plus ou moins bienveillantes auxquelles M. R... a pu se livrer sur le traitement suivi par M. W... Elle a pensé que les médecins en général devaient dédaigner ces racontars, car s'ils devaient influencer les rapports des médecins entre eux, tout accord confraternel serait impossible. Les membres de la commission ont été d'avis que si ces rapports entre confrères avaient été en ce qui concerne les docteurs R... et W... empreints de la cordialité qui devrait exister entre médecins habitant la même ville, l'incident qui s'est produit entre nos deux confrères de Saint-Dié ne se serait pas élevé. En effet, dans ce cas, le Dr R... obligé, de par ses fonctions, de soigner la malade de M. W.... avant de prendre la suite de la maladie aurait dû appeler son confrère en consultation. A cela le Dr R... répond que le règlement d'assistance médicale n'a pas prévu que les malades inscrits sur la liste d'assistance auraient droit à la visite simultanée de deux médecins et que par conséquent, il n'était pas dans l'obligation d'appeler le Dr W... La commission a fort bien compris les raisons exposées par le Dr R..., mais elle n'en a pas moins émis l'avis que dans des circonstances analogues, les convenances confraternelles exigeaient que le premier médecin traitant fût avisé d'une manière officielle du changement de médecin et que dans l'intérêt même du malade il fût présent à la consultation. Il est certain que dans l'espèce la question d'économie, de frais supplémentaires à supporter par l'administration municipale ne doit pas entrer en ligne de compte. En supposant que M. W... n'eût pas voulu se rendre à la consultation provoquée par le Dr R... à titre absolument gratuit, du moment que l'intérêt du malade l'exigeait, cette consultation devait avoir lieu, même si elle avait dû être payée sur les fonds communaux d'assistance. C'est ainsi que la commission a compris que les responsabilités devaient être partagées, mais avant de faire connaître le texte des conclusions qui ont reçu son approbation, il convient de faire remarquer encore que si le service municipal d'assistance médicale de Saint-Dié avait, dans son organisation, accepté de mettre en pratique les règles générales qui ont été adoptées par le corps médical des Vosges, à savoir qu'en cas de maladie les nécessiteux inscrits sur la liste d'assistance ont le droit de s'adresser au médecin de leur choix, le différend R.., W... n'aurait pas été soulevé. La famille avait dès l'abord choisi le Dr W... ; avec l'organisation que nous préconisons, elle aurait pu continuer à demander les soins de ce confrère, même après l'inscription de la malade sur la liste d'assistance.

Le *maire n'aurait pu imposer* le Dr R... à cette famille, à cette condition cependant c'est que le Dr W... eût accepté au préalable de faire partie du service d'assistance.

Ces faits nous démontrent que même au point de vue des relations confraternelles le système d'assistance, sauvegardant la liberté du malade et celle du médecin, est préférable dans son esprit et dans son application à tous les autres.

Voici maintenant le texte du procès-verbal adopté par la commission :

« La Commission se refusant pour le moment à « examiner dans ses détails un grief nouvellement « formulé par le Dr W... et concernant un ouvrier « blessé soigné par le Dr W... et visité par le Dr « R... sur la demande d'une compagnie d'assurances-accidents (question qui sera l'objet d'une étu- « de d'ordre général), estimant cependant, après les « explications données par le Dr R..., que dans ce « cas la conduite du Dr R... n'a pas été répréhen- « sible ;

« Retenant seulement l'affaire Lochmann, la com- « mission estime que le Dr R... avait le droit « et le devoir d'aller visiter cette malade sur la « demande du maire de St-Dié, que par consé- « quent sa première visite n'a pas été faite clandes- « tinement ; précisément parce qu'il était ignorant « de la maladie dont il s'agissait, la commission « exprime l'opinion qu'avant de continuer ses soins « le Dr R... aurait dû appeler en consultation le Dr

« W... pour le mettre au courant de la nouvelle « situation faite à la malade. Si cette entente, que « la commission exprime le désir de voir régner « entre tous les médecins, avait existé, l'équivoque « provenant des appréciations intéressées de l'en- « tourage de la malade, et dont il convient de ne « tenir compte en aucun cas, n'aurait pas pris nais- « sance. La commission exprime l'avis que cette « manière d'agir soit mise en pratique par tous « nos confrères.

« La commission propose en conséquence les « conclusions suivantes :

« Elle invite le Dr W... à retirer le mot *clandesti-* « *nement*, qui n'est pas justifié, et le Dr R... à reti- « rer les expressions trop vives qu'il a employées à « l'égard du Dr W... Elle exprime l'espoir qu'à la « suite de cet incident, de bonnes et confraternelles « relations s'établiront à nouveau entre ces deux « collègues. »

» Ces conclusions sont adoptées par la Commission et les parties intéressées.

II. *Le Médecin traitant et le Médecin expert en cas d'accident. — Leurs devoirs réciproques.*

Au cours des explications qui ont été fournies par nos collègues intéressés dans l'incident dont il vient d'être parlé, a été soulevé une question, qui au point de vue professionnel et confraternel présente un réel intérêt. Nous croyons devoir vous présenter quelques réflexions à ce sujet.

Un ouvrier est victime d'un accident grave. On court au plus pressé. On cherche un médecin qui lui donne ses soins, pendant un jour, deux jours consécutifs. Cet ouvrier est employé chez un patron qui a assuré son personnel contre les accidents. La compagnie-accidents est avisée par le patron de l'accident qui vient de survenir. Elle délègue son médecin attitré, qui n'est pas le médecin traitant et lui demande de lui fournir un rapport sur la gravité des blessures de l'ouvrier en question. Quels sont donc les devoirs du médecin expert dans cette éventualité ?

Votre commission a pensé que le médecin expert n'avait, en aucune façon, le droit de se substituer au médecin traitant ; qu'il n'avait aucunement le droit de toucher au pansement fait par le médecin de la famille, qu'il n'avait en aucune façon le droit de donner son avis sur le traitement suivi et appliqué. Son rôle est exclusivement limité à la constatation des lésions.

Pour que l'examen auquel il doit se livrer présente les garanties d'exactitude, indispensables à une expertise quelle qu'elle soit, il faut que les pièces du pansement soient levées, et elles ne peuvent l'être que par le médecin traitant.

Votre commission a pensé que dans des circonstances analogues il convenait que le médecin chargé par la compagnie accidents de donner son avis sur la gravité des blessures, s'enquît, avant de se rendre auprès du blessé, du nom du médecin traitant, s'abouchât avec ce dernier, et rendit visite au blessé à ce moment seulement où le médecin traitant renouvellerait le pansement. Tels doivent être, strictement établis, les devoirs réciproques du médecin expert et du médecin traitant. Habituellement les choses doivent se passer plus simplement et il suffit généralement que le médecin délégué par la compagnie demande à son confrère, traitant, les renseignements nécessaires pour établir le certificat qui lui est demandé, sans même visiter lui-même le malade. Mais il n'était pas inutile de définir d'une façon catégorique les rapports réciproques qui doivent exister entre eux. Quelles que soient les circonstances, le médecin délégué de la compagnie ne doit pas avoir le droit de toucher au pansement fait par son confrère, en l'absence de ce dernier. Il doit aussi s'abstenir de toutes réflexions sur le traitement suivi.

Il y a des cas où les récriminations qui se produisent n'ont réellement pas leur raison d'être. Dans le cas, auquel nous faisons allusion, le médecin expert qui avait visité le blessé en dehors de la présence de son confrère, ce en quoi il avait eu tort, fut consulté par un des parents du blessé, auquel on avait fait des applications de glace et qui, paraît-il, le faisaient beaucoup souffrir. Comme le blessé était sur le point de mourir, le médecin délégué aurait dit : « Si la glace le fait souffrir à ce point, mettez-lui des ventouses. » Il est bien évident qu'il ne saurait être approuvé dans ce cas, mais il faut avouer cependant que le reproche fait par le médecin traitant, à savoir que l'autre confrère s'était immiscé dans le traitement et l'avait modifié, n'avait pas grande raison d'être. C'est toujours au même adage que nous devons revenir : *Summum jus, summa injuria*. L'application du droit, dans ses limites étroites, est toujours vexatoire.

En présentant ces observations à vos réflexions et à vos délibérations nous vous demandons, Messieurs, de poser comme règle que en cas d'accident, le médecin délégué par une compagnie d'assurances ne saurait avoir le droit, qu'elles que soient les circonstances, de toucher au pansement en l'absence du médecin traitant et qu'en tout état de cause il a le devoir de s'abstenir de toute réflexion sur le traitement suivi par son confrère.

Dr LARDIER.

Ces conclusions sont approuvées à l'unanimité.

REPORTAGE MÉDICAL

Hygiène des chemins de fer... en Allemagne. — A propos des mesures d'hygiène publique contre la tuberculose, signalons celles que le ministre des travaux publics se propose d'imposer sur les chemins de fer allemands.

Pour les wagons neufs, les plafonds et les parois seront aussi lisses que possible. La peluche et les autres étoffes analogues seront rejetées comme revêtement et remplacées par des étoffes lisses. Les coussins seront installés de manière à pouvoir être sortis aisément des wagons et soumis à la désinfection par la vapeur. Les espaces laissés sous les banquettes, et surtout ceux qui se trouvent au voisinage des appareils de chauffage, devront être disposes de façon à pouvoir être nettoyés et desinfectés sans difficultés.

Les crachoirs seront aussi grands que possible et installés de façon qu'ils ne puissent basculer, ni répandre leur contenu.

Le plancher des salles d'attente sera nettoyé avec un linge humide. On lavera de même les murs jusqu'à hauteur d'homme.

Pour les constructions neuves, on veillera à faciliter le lavage du sol et des murs.

Des crachoirs, de forme convenable et en nombre suffisant, seront répartis dans les salles d'attente et dans les escaliers.

Enfin, la désinfection des wagons-lits desservant les villes d'eaux, fera l'objet de soins spéciaux. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

BIBLIOGRAPHIE — Viennent de paraître :

1° *Nos ancêtres*, par M. le Dr Millot-Carpentier, conférences d'histoire de la médecine faites à la Société médicale de l'Aisne en 1893. Maloine, éditeur, 23 et 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

2° *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, par le Pr Grasset (de Montpellier) quatrième édition, revue et augmentée. Camille Coulet éditeur, 5, Grand' Rue, Montpellier ; Masson et Cie 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nous avons reçu le premier numéro du *Journal de Céphalographie*, directeur Dr Henri Roché, 4, rue Grenier-Saint-Lazare. Abonnement : 6 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 41 8 OCTOBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical.

Séance du 28 septembre 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne.
Excusés : MM. Gibert, Maurat.

Le Conseil s'occupe de l'établissement d'une formule de *cession de clientèle* médicale.

M. le Dr Jeanne donne lecture d'un projet qui est examiné et discuté et qui, sera très prochainement publié au Journal, avec invitation, à tous les membres du Concours, de communiquer leurs observations.

Le Conseil examine la loi sur *les accidents professionnels*. En conséquence de l'étude publiée dans le *Concours* n° 39, une demande d'audience a été adressée au Président de la Commission chargée d'élaborer le règlement d'administration publique, qui déterminera les conditions de la mise à exécution de cette loi.

Le Conseil, saisi par plusieurs membres du Concours, de questions relative à *une des lois médicales*, décide qu'il y a lieu de proposer la révision de cette loi. Une résolution en ce sens sera proposée à la prochaine Assemblée générale.

L'Assemblée Générale des Membres du Concours est fixée au dimanche 20 novembre. La réunion des comités préparatoires aura lieu le jeudi 27 octobre.

Le Conseil s'occupe des incompatibilités existant entre les fonctions de Conseiller Général et de Conseiller d'Arrondissement, d'une part, et d'autre part certaines fonctions médicales.

Le Conseil examine la correspondance et il donne aux nombreuses questions qu'elle soulève, les solutions qu'elles comportent.

Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie.

Séance du 28 septembre 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne.
Excusés : MM. Maurat, Archambaud.

Admissions.

Combinaison A : MM. Hamel (Carentan, Manche), Leloutre (Troyes, Aube). Saintagne (Saint-Hilaire, Aude), Sales (Paris), Breitman Samuel (Ouzouer-le-Marché, Loir-et-Cher), Millée, (Paris), Herpin (Saint-Quentin-en-Mauge, Maine-et-Loire), Balp (Garches, Seine-et-Oise), Bayou (Questembert, Morbihan), Rochefort (Tracy-le-Mont, Oise).

Combinaison B : MM. Dumont (Saint-Vaury, Creuse), Ferrand (Saint-Barnabé, Marseille), La Bonnardière (Saint-Eugène, Alger), Breitman, Georges, (Herbault, Loir-et-Cher). Paillé (Arcachon, Gironde), Bardon (Brive, Corrèze), Caillaud (Saint-Germainmont, Ardennes), Nollet (Bougival, Seine-et-Oise).

Indemnités votées pour le 3e trimestre.

N° 29	pour	55 jours...............	550 fr.	
N° 38	»	5 »	50	»
N° 62	»	18 »	180	»
N° 82	»	un mois, indem. mens.	100	»
N° 119	»	22 jours d'ind. mens...	73	» 25
N° 122	»	12 jours...............	120	»
N° 150	»	3 mois d'ind. mens...	300	»
N° 159	»	3 » » ...	300	»
N° 199	»	3 » » ...	300	»
N° 201	»	60 jours...............	600	»
N° 238	»	52 »	520	»
N° 251	»	4 »	40	»
N° 261	»	45 »	450	»
N° 284	»	6 »	60	»
N° 356	»	23 »	230	»
N° 383	»	8 »	80	»
N° 384	»	11 »	110	»
N° 401	»	3 mois d'ind. mens...	300	»
N° 408	»	9 jours...............	90	»
N° 430	»	15 »	150	»
N° 467	»	60 » + 1 mois......	700	»
N° 474	»	17 »	170	»
		Total...........	5.473 fr.	25

Le Trésorier donne ensuite la liste des membres, qui sont soumis aux pénalités prévues par les articles 10 et 11, visant radiation ou suspension passagère.

A propos de l'un de ceux-ci qui, faute d'avoir lu les statuts et règlements, s'est laissé aller à une protestation aussi vive que regrettable et injuste, le Conseil décide qu'il demandera à l'assemblée générale approbation de sa conduite, sans indiquer le nom du sociétaire, qui a ainsi méconnu l'esprit de conciliation, dont il ne cesse de faire preuve.

Le Secrétaire général fait part du décès de M. le Dr P., n° 119, qui était le plus ancien de nos chroniques, quoique fort jeune encore. Il annonce aussi que M. le Dr D., n° 82, qui avait dû suspendre complètement ses occupations depuis plus de deux ans, a repris le travail au 1er août.

Le Conseil décide enfin que, par application de l'article 35, des médecins seront délégués pour visiter les plus anciens malades et rendre compte de leur état, avant l'assemblée générale prochaine.

La réunion préparatoire, dans laquelle les rapports du Secrétaire général et du Trésorier seront soumis aux contrôleurs, est fixée au jeudi 27 octobre. Le Conseil exprime le vœu, que, pour faciliter les opérations du Trésorier, les cotisations en retard soient rapidement versées à celui-ci.

Le Sou médical.

Séance du 28 Septembre 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne.

Adhésions nouvelles.

MM.

276. St-Cyr de Montlaur (La Celle-St-Cloud, Seine-et-Oise), 9e dizainier, Rigabert.
277. Dimey (Les Andelys, Eure).
278. Mercier (La Chapelle-aux-Pots, Oise).
279. Caillard (St-Germainmont, Ardennes).
280. Paulet (Saint-Leu, Ile de la Réunion).
281. Gouin (Montaigu, Vendée).
282. Grognot (Loivre, Marne).
283. Renson (Monthermé, Ardennes).
284. Pillière (Charleville, Ardennes).
285. Guilhon (Nantes, Loire-Inférieure).
286. Fleur (Montereau, Seine-et-Marne).
287. Duchein (Paris).
288. Maillier (Cailly, Seine-Inférieure).
289. Robineau-Duclos (Châtillon-Coligny, Loiret) 58e dizainier, Denance.
290. Naudin (Lorris, Loiret), 58e dizainier, Denance.
291. Molle (Aubenas, Ardèche), 26e dizainier, Lagarde.
292. Boulle (Orléans, Loiret), 34e dizainier, Fauchon.
293. Morand (Pithiviers, Loiret).
294. Verhaeren (Alger, Birmandreis).
295. Souloumiac (St-Agnan, Charente-Inférieure).
296. Codet (Lamballe, Côtes-du-Nord).
297. Chopard (Coueron, Loire-Inférieure).
298. Osmont (Caen, Calvados).
299. Gaucherand (Vals, Ardèche), 26e dizainier, Lagarde.

Dizainiers nouveaux.

MM.

71. Dimey. Les Andelys (Eure).
72. Sutils. La-Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

FEUILLETON

Un spéculophobe (*suite et fin*).

Huit jours ne s'étaient pas écoulés. Je recevais de nouveau la visite du mari. Je me demandai en le voyant ce qu'il pouvait bien me vouloir.

— Je viens, dit-il, vous entretenir encore au sujet de ma femme. Après votre départ l'autre jour, je lui ai fait des reproches. Elle s'est récriée, disant qu'elle ne voulait pas et qu'on ne lui en parle plus. Mais hier, elle a reçu la visite d'une de ses parentes, qui est atteinte comme elle d'une affection de matrice. Elle lui a raconté que son médecin lui faisait introduire dans les parties sexuelles de petits œufs jaunâtres, que ce n'était pas douloureux et qu'elle s'en trouvait parfaitement bien.

— Mais, lui dis-je, son médecin l'a examinée au spéculum ?

— Oui, Docteur.

— Il a pu se rendre compte que ces petits œufs (des ovules à la glycérine sans doute) étaient nécessaires, et il les a prescrits. Il faudrait en faire autant pour votre malade et savoir si ce remède lui convient.

— Mais, puisqu'elle ne veut pas..... elle est très obstinée..... C'est désagréable, j'en conviens ; mais que faire ?..... Ne pourriez-vous pas me donner une ordonnance pour ces..... ovules ? Vous nous rendriez service.

Après quelqu'hésitation, je fis une ordonnance, et il partit enchanté, avec un air de triomphe qui semblait hors de proportion avec le résultat obtenu.

Je m'étais laissé faire : j'avais signé une ordonnance sans examen ; j'allais en subir les conséquences. A partir de ce jour, ce client devint un pilier de mon cabinet. Sous un prétexte quelconque, il venait me demander un avis, m'expliquer l'effet des remèdes, me raconter les petites misères de la patiente. Cela devenait un abus. Aussi un jour, voyant que ma condescendance n'aboutissait à rien, je le mis en demeure de faire donner à sa femme les soins indispensables.

73. Cassius. Layrac (Lot-et-Garonne).
74. Renson. Monthermé (Ardennes).
75. Codet. Lamballe (Côtes-du-Nord).

Le Secrétaire général donne lecture du compte rendu trimestriel.

Examinons d'abord, dit-il, ce qui est advenu au sujet des affaires en cours, au moment de la dernière réunion du Conseil.

1° *Affaire H.* — Par une manifestation de solidarité que nous sommes heureux d'avoir à placer en tête de cet exposé, les confrères de la localité ont abandonné à M. le Dr *H.* chacun leur part d'un fixe assez important, de telle façon qu'il s'est constitué ainsi une rente de 1.500 fr. environ. Cette circonstance jointe à une diminution de ses charges, lui créera un supplément d'environ deux mille francs, et lui évite la nécessité d'un déplacement auquel il avait grand peine à se résoudre.

Honneur à nos amis de B... qui ont si généreusement répondu à l'appel du *Sou médical*, et merci à tous ceux qui ont indiqué des postes à prendre, alors que M. H. se croyait obligé au départ.

2° *Affaires M. et P.* (*Isère*). — Nous sommes sans nouvelles de ces deux questions, pour lesquelles nous avons promis notre concours au Syndicat du Sud-Est: il faut sans nul doute en accuser la lenteur des actions judiciaires, pendant la période que nous venons de traverser, car les magistrats, plus heureux que nous, sont de ceux qui ont droit à des vacances.

3° Notre Président a fait la démarche projetée pour obtenir satisfaction dans le litige qui s'est élevé entre le Ministère du Commerce et M. le *Dr Sutils*, au sujet du pèse-bébés que notre confrère aimait à mettre à la disposition de ses collègues, inspecteurs des enfants du 1er âge, et que ceux-ci recherchaient de préférence à tout autre.

4° *Affaires H. et M.* (*S.-et-O.*) — Nos deux sociétaires, qui nous avaient consultés sur ces recouvrements, ont reconnu le bien fondé de nos avis, et abandonné l'idée de procédures qui ne leur réservaient que des échecs et des frais.

5° *Affaire Ch.* (*Yonne*). — Nous avons reçu dernièrement une lettre de M. Ch. dans laquelle il nous informait de l'exécution des mesures que nous avions votées à son sujet, et nous remerciait de l'appui si précieux que lui avait donné notre Société. Il espère, comme nous, que les magistrats de sa région seront désormais plus soucieux d'équité dans l'appréciation de nos honoraires.

6° *Affaire M.* (*Calvados*). — Elle suit son cours, à travers des incidents de procédure, et il est permis de croire que le confrère intéressé sortira à son honneur de cette poursuite en responsabilité qui ne devrait atteindre que le pharmacien.

7° *Affaire S.* (*B.-du-Rh.*) — Dès que nous lui eûmes transmis la consultation de M. Gatineau et la décision favorable du Conseil, M. S. s'empressa de constituer avoué, afin d'obtenir indemnité convenable des Compagnies au service desquelles il s'était fracturé la jambe, et qui l'en avaient récompensé en lui donnant bien vite un successeur. Nous enregistrerons, quand ils se produiront, les résultats de cette action judiciaire si intéressante.

8° *Affaire L.* — C'était une demande de services particuliers. La demande a été présentée par nos soins à la société locale, en ce qui concernait celle-ci, et il y sera donné suite fort probablement en assemblée générale. D'autre part, un confrère de la localité qu'habite M. L. a formulé des propositions sur lesquelles nos deux sociétaires auront à se mettre d'accord, par notre intermédiaire s'ils le désirent.

9° *Affaire M.* (*S.-et-Marne*). — Nous avons publié le jugement par lequel ce confrère a obtenu le payement de ses honoraires, dans un cas où la prescription était invoquée : mais il importe de rappeler que le tribunal a consacré ce jour-là, en même temps, le principe, que propose le tarif du Concours, solidarité du consultant et du traitant, jusque dans le recouvrement des honoraires, en cas de collaboration.

Le Conseil, après avoir entendu cet exposé, passe à l'examen des questions qui se sont présentées depuis la dernière réunion.

1° *Affaire R. à M.* (*Ardennes*). — M. le Dr R. nous informa dans les premiers jours de juillet qu'il intentait une action au Bureau de sa Société de secours mutuels qui l'avait récemment dépossédé de son service, sans lui proposer d'indemnité, et au mépris du contrat encore en vigueur. — Il lui fut aussitôt répondu, après examen du litige, que le *Sou médical* était prêt à soutenir sa cause devant les juridictions nécessaires, afin qu'une leçon fût donnée aux Sociétés qui font de la tyrannie envers leurs médecins. M. le Dr R, a été récompensé de son initiative. Nous avons publié au n° 38 le jugement qui lui donne satisfaction, ainsi qu'au corps médical.

Le Conseil autorise le trésorier à verser à M. le Dr R., le montant des déboursés qu'il a pu

---

Le résultat était prévu ; il disparut de l'horizon.

Je l'aperçus un jour, sortant de chez un confrère, celui qui soignait sa parente et avait ordonné les ovules.

L'éclipse dura trois mois environ. Le confrère ne l'avait sans doute pas satisfait. Avait-il exigé l'examen redouté ? N'avait-il pas eu assez de patience ? Bref, mon spéculophobe me revint, et le même manège recommença. Il fallait des conseils, toujours des conseils : mais rien de plus. On ne parlait plus de l'opération nécessaire, bien que l'état ne s'améliorât pas.

De guerre lasse, je pris une détermination.

Depuis longtemps je n'avais pas vu la jeune femme : je désirais vivement la voir ; elle sortait rarement. Comme on ne m'en avait pas fait une défense expresse, je pris sur moi de lui faire une visite. Un jour que je savais le mari absent, je me présentai chez lui. Je demandai à lui parler.

— Monsieur est absent. — Puis-je voir Madame ?

Et je fus introduit.

— Enfin, seule.... pensai-je.

En me voyant :

— Docteur, me dit-elle, votre visite me fait plaisir. J'ai à vous entretenir en particulier.... Mon mari ne saura pas que vous êtes venu.

Je fis un signe de doute.

— Non, reprit-elle, il ne le saura pas : je m'arrangerai en conséquence.

Il a pour moi la plus vive affection ; il est d'une bonté parfaite ; il souffre de me voir malade. Vous nous avez parlé d'une opération ; il ne peut s'y décider, il craint de me faire souffrir. J'ai eu beau lui dire que j'étais décidée à tout : il veut m'épargner la douleur. Ne peut-on donc pas la faire sans cela ?

— C'est impossible, Madame.

— Et si je ne suis pas opérée, que peut-il arriver ?

— Vous pouvez avoir des pertes abondantes, qui augmenteront votre faiblesse déjà grande : des coliques violentes....

— Rien de plus ?

avoir à effectuer pour cet acte de défense, et le félicite de n'avoir pas reculé devant les ennuis de cette poursuite.

2° *Affaire B., à D. (Orne).* — Deux médecins de l'Orne et deux de la Nièvre ont vu attaquer dernièrement leur élection au Conseil général parce qu'il y a incompatibilité entre ce mandat et les fonctions d'inspecteur des enfants du premier âge. L'un de ces confrères, M. B., étant membre de notre Société, nous avons, sur sa demande, recherché les moyens de lui venir en aide. De l'enquête faite à ce sujet, il résulte que l'administration est disposée à ne pas invoquer ce motif d'inéligibilité, qui résulte de la loi du 10 août 1871 et de celle de juillet 1891, mais que, si une protestation signée d'un ou de plusieurs électeurs, vient à être présentée, le Conseil d'Etat se trouve obligé de prononcer l'annulation, à moins que l'intéressé n'ait déclaré en temps utile opter pour le mandat. Notre confrère a dû, en conséquence, abandonner ses honoraires de médecin-inspecteur. Sera-t-il tenu de résigner même la fonction ? Nous le saurons. En tout cas, le Conseil décide qu'il va poursuivre, par les moyens utiles, la cessation de cet état de choses.

3° *Affaire B., à B. l. R. (S. Inf.).* — Notre confrère, dans un cas de contestation sur le montant de sa note d'honoraires, nous pria de lui établir celle-ci suivant le tarif du Concours, et nous demanda l'appui pécuniaire de la Société pour poursuivre son client. Il fut fait suivant son désir, *sans abaisser le chiffre qu'il réclamait*, et le juge de paix, parfaitement éclairé, donna satisfaction à M. B. qui regrette seulement, dit-il, de n'avoir pas de jugement à nous faire parvenir.

4° *Affaire N.* — Un confrère du Centre demande qu'il lui soit fait un prêt de cinq cents francs, pour une période de quelques mois, à 3 %.

Le Conseil, après examen des ressources aujourd'hui acquises par la Caisse, et des sommes à verser pour les affaires réglées ou en cours, constate qu'il ne peut donner satisfaction à cette demande. Il estime d'ailleurs que le *Sou médical* ne pourra ouvrir cette branche d'activité que quand le chiffre des adhérents aura notablement augmenté.

5° *Affaire P.* — Un confrère, qui n'est pas membre du *Sou*, a demandé d'effectuer pour lui le recouvrement de trois notes d'honoraires se montant à un total de plusieurs centaines de francs, déclarant du reste ces trois créances absolument sûres.

Le Conseil décide que M. P. disant ne pouvoir adhérer à notre œuvre (ce qui est bien surprenant), et le recouvrement ne comportant aucun litige d'intérêt général, il est impossible d'accéder à sa demande, sous peine de créer un précédent antistatutaire. Il engage ce confrère à s'adresser au Syndicat Français de recouvrements, qui le fera entrer en possession du son dû, sans qu'il ait à débourser, les frais étant retenus sur les sommes touchées.

6° *Affaires diverses.* — Plusieurs sociétaires réclament des avis sur des matières d'ordre privé et parfois, de nature assez délicate.

Le Conseil détermine les réponses qui leur seront directement et individuellement adressées par le Président, le Secrétaire général ou le Conseil judiciaire, continuant du reste, ainsi, les habitudes depuis longtemps en usage au *Concours médical.*

7° M. le Dr Laporte informe qu'il ouvre en décembre prochain, sous le patronage de l'*Association des étudiants*, un cours de sténographie. Il désirerait prouver d'abord combien celle-ci peut servir aux étudiants et aux médecins (il le sait par expérience), puis serait heureux de s'entendre avec le *Sou médical*, pour enseigner cette branche aux fils de nos sociétaires qui sont en cours d'études, ou à nos sociétaires eux-mêmes, s'ils habitent Paris.

Le Conseil estime qu'il étudiera avec M. le Dr Laporte cette intéressante proposition ; que, dès aujourd'hui, il y a lieu de demander, à nos sociétaires, quels sont ceux d'entre eux qui désirent profiter de cette offre pour eux ou leurs enfants ; et, enfin, que s'il est donné suite à cette idée, le *Concours médical* en précisera le mode d'application.

Ainsi, se trouverait ouverte l'une des branches

— Par la suite, il peut se déclarer une affection organique grave.

— N'arrive-t-il pas quelquefois que les.... contacts deviennent impossibles ?

— Les rapprochements peuvent devenir impossibles.

— C'est ce que je voulais savoir, Docteur ; je vous remercie.

Et je quittai mon intéressante cliente.

Je ne devais pas tarder à la revoir. Le mari m'envoyait chercher en toute hâte. Sa femme avait de violentes douleurs. Elle faisait entendre des gémissements et demandait la mort : on était inquiet dans l'entourage. Je fis une potion de morphine : la colique fut vite calmée. Le mari, tourmenté d'abord, se rassura sur le champ.

Cependant, je lui fis comprendre que le soulagement n'était que momentané, que les douleurs reviendraient, qu'il fallait traiter l'utérus. Je n'en avais pas parlé depuis longtemps ; il fit la sourde oreille et ne parut pas comprendre.

— Elle est calmée, dit-il, c'est l'essentiel.

Nouvelle colique, nouvelle potion.

— Puis survint une perte que l'on qualifia d'abondante ; je vis peu de sang. Je fis une potion d'ergotine.

Enfin, un beau jour, le mari vint éploré me raconter que l'état s'aggravait. Non seulement, il y avait des pertes et des souffrances réitérées ; mais il se présentait un phénomène grave.

— Quel phénomène ?

— Il ne m'est plus possible de la voir ; elle souffre horriblement, même au plus léger contact.

— Les rapports deviennent difficiles ?

— Impossibles.

— C'est de la dyspareunie.

— Vous dites ?

— Je dis qu'elle a de la dyspareunie.

— Qu'est-ce que c'est que ça ?

— C'est le mot qui désigne la chose.........

.... A moins que ce ne soit du vaginisme ?

— Qu'est-ce que c'est que le vaginisme ?

— ..... — C'est un portier impitoyable qui ferme l'accès du sanctuaire.

signalée à la création du *Sou médical*; cours gratuits aux fils des médecins membres de notre Société ; ils pourraient se multiplier.

8° M. le Dr Cézilly soumet de son côté l'idée d'une organisation qui pourrait, aux jours de malheur, rendre de grands services aux filles et aux parents des médecins membres du *Sou médical*.

Le Conseil écoute et discute avec le plus vif intérêt cette proposition. Il estime qu'elle serait sans doute réalisable dans un avenir peu éloigné, si les adhésions continuent à se produire en grand nombre, et si, surtout, elles arrivent en chiffre imposant, de la part des médecins des grandes villes. Il conclut à une étude approfondie de ce projet qui mérite toute attention, qui sera développé en temps opportun, et rendra plus évidente encore, l'utilité de notre modeste sou quotidien, mis en commun pour la protection de toutes les familles médicales françaises.

La délibération se termine par un exposé de l'état de la caisse du *Sou médical*. M. le Dr Gassot fait remarquer que les cotisations en retard sont, en grande majorité, celles qui ont dû être versées aux dizainiers. Il est convaincu que dizainiers et sociétaires se mettront en règle avant le 15 octobre, de façon à lui permettre de dresser son bilan pour la réunion préparatoire du jeudi 27 octobre.

Le Conseil l'autorise à envoyer à cet effet des lettres de rappel, sous enveloppe ouverte, portant l'en-tête *Sou médical*, qui les désignera à l'attention des destinataires. Il renvoie à la réunion d'octobre la rédaction de l'ordre du jour de l'Assemblée générale qui sera publié en même temps que ceux de la Société civile et de l'Amicale.

LA SEMAINE MEDICALE

Le détatouage.

Le praticien a parfois à résoudre le difficile problème de l'enlèvement des tatouages, surtout dans certains milieux où cette pratique est de mode.

Nul n'ignore que les tatouages sont pratiqués au vermillon, au minium, à la poudre à canon, et surtout à l'encre de Chine qui doit son beau noir au noir de fumée, c'est-à-dire au charbon en fines molécules, absolument inaltérable.

Les procédés employés pour détatouer sont presque tous douloureux, inefficaces et trop destructeurs c'est-à-dire produisent d'horribles cicatrices difformes et conservant malgré tout une grande partie du tatouage. Tels sont les acides, les vésicatoires, les pointes de feu. D'après M. *Léon Mabille*, de Lille, le meilleur procédé de détatouage est celui qu'a préconisé le Dr Variot. Voici ce procédé :

On enduit les parties de peau tatouées avec une solution concentrée de tannin ; puis à l'aide du jeu d'aiguilles des tatoueurs, on fait des piqûres très serrées sur toute la surface de peau à décolorer, en ayant soin d'empiéter sur la peau incolore. Une certaine quantité de tannin est ainsi introduite dans la partie superficielle du derme. Or, le tannin est antiseptique, hémostatique, et sert de mordant au caustique. On passe ensuite le crayon de nitrate d'argent en frottant énergiquement sur les parties piquées au tannin. On laisse quelques instants, jusqu'à ce que les piqûres se détachent en noir foncé, par suite de la formation d'un tannate d'argent dans les couches superficielles du derme. On assurera la dessiccation de l'eschare, pendant les trois premiers jours, en saupoudrant plusieurs fois dans la journée avec la poudre de tannin. On empêchera ainsi le détachement prématuré de la croûte et la suppuration qui s'ensuivrait. Les deux temps de l'opération se font vite et sont très peu pénibles.

Les suites sont fort simples. Il y a, dans les deux premiers jours, une légère réaction inflammatoire, puis, les jours suivants, les parties piquées au tannin et cautérisées au nitrate d'argent prennent une teinte noire foncée formant une sorte de croûte adhérente aux parties profondes et sont indolores vers le troisième ou le quatrième jour.

Il convient, ajoute Variot, de n'enlever par ce procédé *qu'une plaque de tatouage grande*

— Je regardai mon interlocuteur. Il n'avait pas envie de rire.

— Cela peut-il durer longtemps ?

— Très longtemps, s'il n'y a pas d'intervention énergique.

— Alors, Docteur, il faut faire ce qu'il y a à faire.

Enfin, pensai-je, nous touchons au but. Ce n'a pas été sans peine.

— Mais, Monsieur, vous vous décidez à faire donner des soins à votre malade. Ce sera peut-être difficile maintenant.

— Vous pensez ?

— Pourvu que ce ne soit pas impossible ?

Il était dans un état d'anxiété difficile à décrire.

Tout le temps que sa femme avait souffert seule, il avait enduré héroïquement la douleur. Maintenant qu'il allait lui-même non pas souffrir, mais subir quelques privations, il perdait toute patience.

— Venez immédiatement, dit-il, n'oubliez pas vos instruments.

Il n'y avait pas une minute à perdre. Je le suivis sur le champ et sans protester. Chemin faisant, il exhalait ses plaintes et dévoilait ses sentiments de crainte et de découragement.

Nous arrivons auprès de la jeune femme, qui paraît impatiente de connaître la nature et la gravité de sa maladie.

L'examen fut facile et sans douleur. Il n'y avait pas le moindre signe de dyspareunie, ni de vaginisme. Je n'en fus pas autrement surpris : mais je le constatai avec plaisir. J'allais pouvoir accomplir tous les actes opératoires sans éveiller la sensibilité.

La vulve était humide et flétrie ; le vagin large ; ses parois ramollies. Le col était rouge, volumineux. Le museau de tanche béant laissait échapper une grosse goutte de muco-pus. Son pourtour était le siège d'une exulcération, d'un rouge vif, qui formait un liseré régulièrement circulaire.

A l'hystéromètre, on trouvait une longueur de sept centimètres et demi : à l'exploration bi-manuelle, on sentait derrière le pubis l'u-

comme une pièce de 2 francs en argent. On évite ainsi toute chance d'accident et on n'entrave pas les occupations de la personne qui se fait détatouer.

Le résultat consiste dans la chute de l'eschare après 15 à 18 jours et la formation d'une cicatrice superficielle rougeâtre d'abord, puis se décolorant progressivement et au bout de quelques mois à peine.

M. Mabille a employé ce procédé sur une femme de mœurs légères, qui voulait être absolument débarrassée d'un tatouage compromettant.

« Le détatouage a été fait en une seule séance, parce que la malade le voulait absolument. N'ayant point à sa disposition de jeu d'aiguilles, comme en ont les tatoueurs, M. Mabille se servit de vaccinostyles. Après avoir fait un lavage soigné de la peau avec du savon et de l'alcool et une antisepsie rigoureuse de l'instrumentation, on enduit d'une solution concentrée de tannin la peau tatouée, sur le dessin, pratiqué toute une série de piqûres. L'opération fut peu douloureuse. Les plaies ne saignèrent que très peu. Nous nous conformâmes strictement aux indications données par Variot. Frottement au nitrate d'argent pratiqué après badigeonnage au tannin, puis lorsque les piqûres se détachent bien en noir — on essaie la solution caustique. — Les pansements consécutifs ont été faits avec la poudre de tannin à différentes reprises dans la journée et les jours suivants. Des escharres noires adhérentes s'étaient formées. Il n'y eut presque pas de réaction inflammatoire, c'est à peine si la peau était rosée autour des eschares. La région était indolore. La malade est partie en voyage douze jours après l'opération. On voyait quelques croûtes tomber et laisser à la place une cicatrice peu importante. Nul doute que le reste des eschares n'ait eu la même évolution et que le tatouage ne soit disparu. »

Traitement de l'éventration spontanée.

D'après M. le Dr *Cange*, de Paris, le terme d'éventration vraie ou spontanée doit être réservé à l'état de distension, d'élargissement de l'espace fibreux séparant les bords internes des muscles grands droits de l'abdomen, sans fissure dans ce plan aponévrotique et qui se produit après certains accouchements.

Les fissures de l'aponévrose, dans lesquelles s'engage le péritoine, donnent naissance à de véritables hernies, à ouverture plus ou moins large, à sac plus ou moins formé. Ce sont des pseudo-éventrations.

2) L'éventration résulte de la perte des conditions de résistance de la paroi abdominale, par suite de modifications dans son intégrité anatomique, sous l'influence de causes multiples.

Parmi ces causes, nous pouvons citer toutes celles qui modifient le développement de la paroi abdominale pendant la grossesse, telles la petite taille, les vices du squelette, la coexistence de tumeurs, l'action du corset, et encore celles qui retardent l'involution normale de la paroi, après l'accouchement ; telles l'infection puerpérale, l'hygiène défectueuse des suites de couches.

Peut-être ces causes trouvent-elles un terrain favorable à leur action dans une débilité originelle des tissus.

3) L'éventration est susceptible d'entraîner à sa suite toute une série de lésions et de désordres : des ptoses des divers organes (intestin, utérus, foie, reins), des symptômes gastro-intestinaux, des phénomènes douloureux et des troubles du système nerveux.

4) L'éventration, sans offrir de réelle gravité pronostique, est une affection incurable, si on l'abandonne à elle-même. On peut, dans une certaine mesure, en pallier les inconvénients par le port d'une ceinture appropriée d'une part, par l'emploi méthodique et prolongé des moyens thérapeutiques suivants : hydrothérapie, massage, électrothérapie, gymnastique.

Dans bien des cas, on tirera de l'âge, des conditions sociales, de l'étendue des troubles fonctionnels, des caractères spéciaux de l'éventration, d'importantes indications, à la cure chirurgicale.

Cette intervention se fait avec ou sans ouverture du péritoine. Le procédé de choix nous pa·

---

térus remonté, mais peu sensible à la pression.

Leucorrhée abondante avec glaires et mucopus.

Le diagnostic était facile. Nous étions en présence d'une métrite totale, du corps, du col, de la muqueuse et du parenchyme. L'organe, quoique atteint dans sa totalité, n'était pas d'une grande sensibilité. Cela tenait en partie à ce que l'inflammation était passée à l'état subaigu, peut-être aussi à l'origine du mal, qui paraissait avoir pour point de départ un retard ou un arrêt dans l'involution utérine, à la suite de la dernière couche.

Y avait-il au fond un élément infectieux ? Le gonocoque, ce grand coupable, n'avait-il pas joué un rôle dans la pièce ? C'était possible. Je me contentai de mettre un point d'interrogation, une investigation dans ce sens me semblant inutile ou au moins inopportune.

Le traitement fut institué aussitôt.

Des injections antiseptiques et astringentes furent pratiquées le jour même avec une solution de sublimé tartrique.

Le lendemain, après désinfection complète de la vulve et du vagin, une lanière de gaze iodoformée, longue d'un mètre et large de deux centimètres, fut introduite dans l'utérus. Le col était assez ouvert pour rendre toute dilatation inutile. Je tassai la gaze dans la cavité malade comme on fait pour plomber une dent creuse. Je retirai cette première lanière, que je remplaçai par une seconde, que je laissai à demeure pendant vingt-quatre heures.

L'opération fut bien supportée.

Je recommençai huit jours après, tout en continuant, dans l'intervalle, injections et bains de siège.

Grâce au tamponnement renouvelé plusieurs fois et combiné avec un traitement tonique énergique, il se fit une amélioration rapide. La leucorrhée diminua de quantité et changea de caractère : elle devint moins épaisse et moins purulente. Les douleurs des reins et du bas-ventre s'atténuèrent ; l'utérus se rétracta, et l'état général devint excellent.

Un repos de quinze jours permit de constater

raît être celui de M. Quénu, que nous pouvons résumer de la façon suivante :

a) incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et dissection des deux lambeaux.

b) recherche, puis ouverture de la gaine des droits.

c) Suture en surjet des deux lèvres internes de la gaine ouverte, en faufilant le plan fibro séreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine.

d) Suture des deux muscles droits décollés de leur gaine et amenés au contact. Utiliser pour cette suture, les intersections tendineuses, notamment, une constante, au niveau de la cicatrice ombilicale.

(e) Suture en surjet des deux lèvres externes de la gaine des droits.

f) Suture des plans cutanés.

Ce procédé, qui ne comporte pas l'ouverture du péritoine, synthétise de la façon la plus heureuse les divers perfectionnements apportés jusqu'ici à la restauration de la paroi abdominale.

Les hémorrhagies dans la diphtérie.

M. le Dr Ch. *Guyotte*, de Paris, consacre sa thèse à l'étude des hémorrhagies qui compliquent assez fréquemment la diphthérie.

Bien qu'existant dans les formes de la diphtérie en apparence bénignes, où elles donnent lieu parfois à de légères épistaxis, on les rencontre le plus souvent dans les formes cliniques graves, dont la nature bactériologique complexe a été démontrée, et dites associées.

Ces hémorrhagies ont des manifestations variées. La peau, les muqueuses, les viscères sont tour à tour leurs endroits de prédilection. Sur la peau, elles donnent lieu à des taches de purpura, généralisées ou simplement localisées aux membres, autour des piqûres de l'injection de sérum, ou aux endroits d'application des ventouses sèches ; le plus souvent, elles succèdent à un érythème, qui prend bientôt l'apparence purpurique. Sur les muqueuses, elles se manifestent par la couleur noirâtre d'infiltration sanguine que prennent les fausses membranes, par des ecchymoses du pharynx, du voile du palais, de l'amygdale, par une surface saignante, par un jetage séro-sanguin plus ou moins abondant, par des épistaxis, souvent répétées. Dans les viscères, c'est un piqueté hémorrhagique du cerveau, ce sont des taches ecchymotiques du poumon — sans concomitance de broncho-pneumonie — de la plèvre, de la rate, des capsules surrénales, de l'œsophage, de la trachée, du larynx, du cœur et de l'aorte.

Peu importantes par elles-mêmes, ces hémorrhagies sont au contraire d'une importance considérable au point de vue du pronostic, comme l'indique la gravité des cas dans lesquels elles ont été rencontrées ; elles sont évidemment un symptôme qui doit faire redouter la mort (mort subite, accidents cardiaques mortels, etc.).

Au point de vue pathogénique, elles sont dues à l'exaltation du bacille par une infection simultanée (associations microbiennes) et, le plus généralement par une infection streptococcique.

Ces hémorrhagies constituent l'indication d'un traitement spécial : tamponnement des fosses nasales, attouchements au nitrate d'argent, à l'eau oxygénée, lavages de la gorge, stimulation du système nerveux par la strychnine, la caféine, l'éther, les bains sinapisés, excitation des fonctions, d'élimination des produits toxiques par le sérum artificiel, les diurétiques, etc.

OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

De la conjonctivite granuleuse.

Leçon faite par M. le Professeur S. Baudry, au Dispensaire du Bureau de Bienfaisance de Lille, et recueillie par M. R. Bommier.

(*Suite et fin.*)

TRAITEMENT

En raison de sa tendance bien accusée à la chronicité, la conjonctive granuleuse est une des affections oculaires qui mettent le plus à l'épreuve le savoir du médecin et, plus encore, la patience des malades. Aussi, doit-on commen-

---

que la maladie n'était qu'amendée, les symptômes revinrent avec une certaine intensité. J'eus recours alors aux cautérisations intra-utérines : on ne voulait pas de curetage. Une spirale de Tennesson — instrument des plus commodes — fut garnie de coton aseptique, puis trempée dans le perchlorure de fer. Le caustique fut porté dans le corps de la matrice, promené lentement dans tous les points de la cavité et retiré après avoir badigeonné la muqueuse cervicale.

Après trois mois de soins assidus, la maladie pouvait être considérée comme enrayée. La jeune femme sortait et reprenait sa vie habituelle.

Je reçus bientôt sa visite : elle était seule.

Je lui présentai mes félicitations sur sa santé, qui paraissait florissante. Elle m'exprima toute sa reconnaissance pour les bons soins prodigués et le résultat heureux du traitement.

— Je vous devrai la vie, me dit-elle avec conviction.

— Vous la devrez un peu aussi à vous-même, Madame.

Elle fit semblant de ne pas comprendre.

— Vous avez été, ajoutai-je, un précieux auxiliaire.

— ...

— Un auxiliaire indispensable, et sans vous....

— Docteur, dit-elle alors, d'un ton ferme et décidé que je ne lui avais jamais vu, ce que femme veut, Dieu le veut.

— Vous avez su, Madame, mettre le proverbe en action. Vous méritez les plus vifs éloges. Votre mari tout le premier a recueilli le fruit de votre habileté.

La métrite était guérie ; la spéculophobie s'était dissipée comme un mauvais rêve. Une quatrième grossesse venait consacrer le succès de nos efforts.

Finis coronat opus.

P. Coulhon.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Montluçon (Allier).

cer par relever le moral abattu des malheureux granuleux, le plus souvent découragés par la désolante tenacité de leur affection, et par l'insuccés des nombreuses médications auxquelles ils ont eu recours.

Sans donner au traitement général une prépondérance marquée, il ne faudrait pas non plus ne s'attaquer qu'à la granulation ; ce serait faire fausse route. Nous avons vu quel rôle étiologique il fallait attribuer aux conditions de milieu et au lymphatisme ; nous rappelant donc que la granulation n'est pas toute la maladie, nous combattrons la strume par les moyens appropriés (iode, arsenic, ferrugineux, etc.) ; nous recommanderons une bonne hygiène, l'hydrothérapie, le séjour dans les pays de haute altitude, une alimentation forte, le mouvement et le travail modéré en plein air. Le caractère éminemment contagieux de cette conjonctive ne sera pas non plus oublié ; les mesures prophylactiques seront prises pour éviter la propagation de l'affection et les malades seront isolés. Je regrette d'être obligé de passer rapidement sur cette partie du traitement qui ferait un chapitre très intéressant, au point de vue de l'hygiène publique.

Les Administrations ont le devoir d'obvier à l'infection dans les casernes, les écoles, les asiles, etc. Il faut éviter d'envoyer les recrues contaminées faire leur service dans une région indemne du trachome. Des inspections médicales fréquentes sont nécessaires dans les ateliers, les écoles de toute nature, et dès qu'on trouve des granuleux, il est urgent de les éloigner, de les isoler, si possible, dans des hôpitaux spéciaux. Chacun, dans une agglomération ou communauté, comme dans les familles, doit avoir pour son usage exclusif, linges, objets de toilette et lit.

Le médecin se nettoiera soigneusement les mains après avoir touché les yeux suspects, et attirera l'attention des malades sur les dangers de la contagion pour l'autre œil, si un seul est atteint, et pour leur entourage.

Le traitement local doit répondre à deux indications : 1° combattre les symptômes inflammatoires ; 2° faire disparaître le plus rapidement possible l'hypertrophie de la muqueuse et les complications diverses.

Deux caustiques dont l'emploi est depuis longtemps classique et dont chacun a ses indications précises, nous permettent d'atteindre le but ; ce sont le *nitrate d'argent*, en solution à 1 ou 2 %, et le *sulfate de cuivre* en crayon. La solution de nitrate d'argent, en badigeonnages avec le pinceau, est beaucoup moins irritante que la cautérisation au cristal de cuivre, et convient aux cas récents, accompagnés de symptômes inflammatoires aigus et de sécrétion catarrhale ou purulente. Si l'écoulement est franchement purulent et d'une abondance excessive, on pratiquera utilement, en dehors des lavages antiseptiques, indispensables dans tous les cas, des irrigations avec la solution argentique à 1/1000, à l'aide d'un appareil laveur.

Lorsque les symptômes irritatifs et la sécrétion ont disparu, c'est-à-dire au bout de quelques semaines, on substitue le cristal de cuivre ou la pierre divine (sulfate de cuivre mitigé) au nitrate d'argent. Le sulfate de cuivre est le médicament de choix, dans la forme chronique. Suivant le degré d'hypertrophie, on cautérise plus ou moins vigoureusement la muqueuse, tout d'abord une fois par jour, puis tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce que la conjonctive soit partout pâle et lisse, c'est-à-dire pendant des mois, même des années. Lorsque des poussées inflammatoires surviennent pendant cette période chronique, il faut revenir aux cautérisations argentiques.

Le sulfate de cuivre inutile dans la forme fibroïde, est nuisible dans les formes aiguë et lymphoïde, surtout lorsqu'il existe des ulcères envahissants de la cornée.

Enfin, aux granuleux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent être visités que de loin en loin par le médecin, ces deux médicaments peuvent être recommandés sous forme de pommade (sulfate de cuivre 1 gramme, glycérine 10 grammes, ou nitrate d'argent 5 centigrammes et vaseline 10 grammes). La pommade de nitrate d'argent a l'inconvénient de déterminer, à la longue, comme le collyre argentique, une coloration noirâtre très disgracieuse de la conjonctive. Aussi. a-t-on proposé de lui substituer le *chlorure de zinc*. De nos jours, de nouveaux sels d'argent sont à l'essai : *l'iodure d'argent* à l'état naissant (VASSILENKO), et en particulier l'*itrol* (citrate d'argent), l'*argentamine* (solution d'éthylène-diamine-phosphate d'argent), et le *protargol* (protéine et argent). Ce dernier sel est d'une conservation facile ; en solution à 0 p. 100 employée pure ou associée à des alcalins, il n'est nullement irritant ni douloureux ; sa puissance antiseptique serait égale, sinon supérieure à celle du nitrate d'argent, qu'il serait appelé à supplanter.

Une foule d'autres topiques ont été expérimentés avec plus ou moins de succès ; je me contenterai de citer l'*acétate de plomb*, l'*alun*, le *tannin*, l'*iode* en solution saturée dans l'éther (NIESNAMOFF), le *gaïacol* associé à la glycérine, etc. Les antiseptiques ont leurs chauds partisans, en raison de la nature microbienne probable de l'affection ; les uns vantent, dans la forme chronique, non sécrétante, le massage de la conjonctive à l'aide d'un mélange, en parties égales, de poudre d'acide borique et d'iodoforme. D'autres plus nombreux recommandent l'emploi du permanganate de potasse à 1 p. 300, de la créoline en solution à 1 p. 100 et surtout à 2 ou 4 p. 1000, associé ou non aux scarifications et au brossage. Il sera question de ce dernier moyen, à propos du traitement chirurgical des granulations.

Les complications cornéennes récentes (*panus tenuis* et *ulcères*) guérissent en général, sous l'influence des cautérisations de la conjonctive ; il est bon, cependant, d'y ajouter l'usage d'une pommade iodoformée ou au précipité jaune, selon les cas, et on instillera un collyre à l'atropine, dans le but d'empêcher la formation d'adhérences, s'il y a menace d'iritis.

Les cas rebelles, les récidives fréquentes alors que l'on croit la guérison définitive, autorisent le médecin à recourir à l'une des interventions sanglantes en faveur aujourd'hui.

La destruction complète du tissu morbide infectieux a été tentée, je l'ai dit précédemment, par les chirurgiens de l'antiquité. Il y a loin. toutefois, des scarifications et des opérations que l'on fait aujourd'hui utilement, dans certains cas, au raclage et au limage que prati-

quaient les anciens avec des instruments ad hoc, avec la pierre ponce, avec des têtes de chardons ou d'autres corps plus ou moins rugueux.

Le traitement chirurgical du trachome comprend l'*excision* des granulations ou du cul-de-sac supérieur, les *scarifications*, le *raclage* avec la curette (*curettage*), à la brosse (*brosssage*) ou avec des pinces spéciales (*expression*), la *péritomie* et les opérations qui remédient aux complications du côté des voies lacrymales et des paupières.

L'*excision* des granulations n'est généralement indiquée que lorsque celles-ci sont isolées, pédiculées ou fongueuses, qu'elles résistent depuis longtemps à toute médication, et qu'elles peuvent être enlevées sans entamer la muqueuse saine. Cette petite opération se ferait, du reste, avec la plus grande facilité. Le chirurgien n'en exciserait qu'un petit nombre à la fois, les saisissant avec une petite pince à griffes, et rasant leur point d'implantation avec les ciseaux. On peut aussi détruire les granules solitaires au moyen de *Galvano-cautère*.

L'excision du *cul-de-sac conjonctival*, préconisée surtout par Galezowski, trouve son indication dans le groupement confluent des granulations, ou l'existence de replis fougueux au niveau des culs-de-sac ; mais, il faut avoir soin de bien ménager la conjonctive qui n'a déjà que trop de tendance à se rétrécir.

Les *scarifications* répétées sont utiles lorsque la conjonctive est congestionnée, boursouflée ; elles se font *superficiellement* à l'aide d'un bistouri très fin, d'un scarificateur ou de l'aiguille à tatouage.

Le *curettage* et le *brossage* au sublimé ont été préconisés comme assurant la guérison rapide et parfaite du trachome qui intéresse toute la conjonctive tarsienne et qui n'est pas justiciable de l'extirpation isolée ou en masse. Ces moyens, destinés à détruire l'élément infectieux, tout en modifiant la conjonctive, sans la détruire, doivent être employés avec prudence, dans la crainte du symblépharon ou d'une réaction trop violente de la conjonctive. Des malades ont été certainement guéris par cette intervention ; mais, d'autres sont seulement améliorés et doivent se soumettre de nouveau aux cautérisations, aux scarifications, etc. Voici comment l'on procède : le sujet étant chloroformé, on pratique, d'abord, le débridement de la commissure palpébrale externe; les paupières étant retournées et enroulées sur une pince à mors de caoutchouc, on scarifie la muqueuse et l'on curette avec soin le tissu pulpeux ; puis, on frotte les régions granuleuses avec une brosse à crins courts et durs, imbibés de sublimé à 5 p. 1000. Toutes les parties cruentées sont nettoyées au sublimé faible, et on applique sur l'œil des compresses antiseptiques. Après un lavage quotidien de la muqueuse au sublimé (1 p. 4000), on retourne les paupières et on introduit ensuite de la pommade iodoformée dans le cul-de-sac conjonctival, afin d'éviter les adhérences.

L'*expression* des granulations est une méthode ancienne et constitue une variété de *raclage* ; elle se fait avec différentes espèces de pinces. La pince à rouleaux de Knapp, perfectionnée par le docteur Rust qui a remplacé l'étrier par un bras latéral, afin de pénétrer plus aisément dans les coins palpébraux, permet d'exprimer la substance granuleuse avec la moindre destruction possible de la conjonctive.

Knapp convient qu'une seule expression, à fond, ne suffit pas généralement pour amener la guérison et empêcher les rechutes ; mais la durée du traitement est notablement abrégée.

Le *péritomie* ou tonsure conjonctivale est dirigée contre la vascularisation de la cornée. En supprimant les vaisseaux périkératiques, non seulement on obtient une large déplétion sanguine, mais on frappe de mort, par atrophie, les vaisseaux et les cellules de nouvelle formation. Elle consiste à sectionner circulairement la conjonctive autour de la cornée ou bien à exciser une faible bandelette de la membrane. On fera, au préalable, une injection sous-conjonctivale de cocaïne à 1 p. 100. Il ne faut pas s'attendre à un succès immédiat, mais, après un ou deux mois, un tissu cicatriciel inodulaire a comblé la perte de substance conjonctivale produite par l'opération, les vaisseaux cornéens se sont atrophiés et le panus a disparu.

Les cas de guérison accidentelle de granulations et du pannus épais, sous l'influence de maladies infectieuses surajoutées au trachome (blennorrhée, érysipèle, etc.,) sont devenus le point de départ de tentatives thérapeutiques spéciales. Je veux parler des inoculations *gonococcique* et *jéquiritique*.

On a justement abandonné l'inoculation *blennorrhagique*, à cause des dangers d'infection totale de l'organisme (arthrite) et de contagion pour l'autre œil, lorsqu'il est indemne.

Beaucoup moins dangereuse est l'infusion des graines de la liane à réglisse, ou jéquirity, remède populaire, au Brésil, contre le trachome introduit en Europe et expérimenté scientifiquement par mon maître, M. de Wecker. On emploie une macération aqueuse à froid, pendant vingt-quatre heures, de grains de jéquirity pulvérisés (3 à 5 p. 100). Avec ce liquide filtré et fraîchement préparé, on badigeonne largement la muqueuse à l'aide d'un pinceau, 2 ou 3 fois dans le courant de la journée. Le lendemain ou surlendemain, l'inflammation jéquiritique ayant atteint le degré d'acuité nécessaire, on cesse l'application du remède et on se contente de lavages et de soins de propreté. Quant toute irritation a disparu, la cornée a repris en partie sa transparence. Ce moyen thérapeutique très énergique ne convient qu'aux pannus très épais, dans lesquels la cornée est entièrement recouverte de vaisseaux.

L'action favorable de l'érysipèle sur la conjonctivite granuleuse a fait penser a la sérothérapie par les toxines streptococciques. Cette question est encore à l'étude.

La plupart des affections des voies lacrymales et des paupières, qui résultent du trachome, seront combattues par une intervention opératoire spéciale que je n'ai pas à décrire ici. Quant au *symblépharon*, total et au *xérosis*, ce sont deux complications incurables, et notre rôle se borne à diminuer la sensation de sécheresse qu'éprouvent les malades, en recommandant d'humecter fréquemment la conjonctive avec de la glycérine neutre ou avec du lait.

Dr Baudry.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Service de la pharmacie.

Il est arrivé à plusieurs reprises que des pharmaciens, trouvant insuffisants les prix portés sur les tarifs de l'Assistance Médicale gratuite, ont refusé d'accepter les conditions de ces tarifs et de délivrer les médicaments aux malades assistés. La question a été soumise au Ministre de l'Intérieur et voici comment elle a été tranchée :

Paris, 19 août 1898.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur à MM. les Préfets,

L'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, réclame le concours des pharmaciens pour la fourniture des médicaments. D'une manière très générale, ce concours a été obtenu ; les pharmaciens ont consenti à délivrer les remèdes aux prix portés sur les tarifs annexés aux règlements départementaux du nouveau service et arrêtés par les Conseils Généraux, en vertu du pouvoir que confère à ces assemblées l'article 4 de la loi. Les Conseils Généraux n'ont d'ailleurs usé de ce droit que dans un esprit de sagesse et d'équité.

Toutefois un refus était possible. Il n'est pas admissible que, le fait venant à se produire, mit, sur un point donné où il n'y aurait point d'autre officine, un obstacle absolu à l'exécution de la loi de 1893 qui assure (art 1er) le bénéfice de l'assistance médicale à tout Français malade, privé de ressources.

Il m'a paru que ce refus équivaudrait en réalité à l'absence de pharmacie quant aux bénéficiaires du service, que le pharmacien qui se placerait dans ce cas *renoncerait par là même au monopole* dont la loi le pourvoit dans l'unique intérêt des malades et qu'ainsi les médecins de l'assistance médicale gratuite seraient autorisés à agir dans la localité *comme s'il n'existait pas d'officine*.

J'ai cru devoir toutefois provoquer sur ce point l'examen du Conseil d'État. La Haute Assemblée, dans ses séances des 7 et 13 juillet 1898, a émis l'avis dont vous trouverez ci-joint une copie ; il consacre mon opinion. Vous devez vous en inspirer dans le cas où un pharmacien refuserait son concours au service de l'Assistance Médicale, suivant les conditions déterminées par le Conseil Général.

Pour le Ministre de l'Intérieur
Le Conseiller d'Etat, Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique,
MONOD.

Avis.

Sur la question de savoir si, au cas où des pharmaciens refusent de délivrer, pour le service de l'Assistance médicale gratuite, des médicaments aux prix portés au tarif départemental, les médecins peuvent distribuer eux-mêmes ces médicaments aux malades de l'Assistance gratuite auxquels ils donnent des soins.

Adopté par le Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat consulté par le Ministre de l'Intérieur sur la question de savoir si, au cas ou des pharmaciens se refusent de délivrer, pour le service de l'Assistance médicale gratuite, des médicaments portés au tarif départemental, les médecins peuvent distribuer eux-mêmes ces médicaments aux malades de l'Assistance gratuite auxquels ils donnent des soins ;

Vu la dépêche ministerielle en date du 29 avril 1898 ;

Vu la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite ;

Vu la loi du 21 germinal au XI sur l'exercice de la pharmacie :

Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement l'assistance médicale ;

Que pour réaliser l'effet de cette disposition impérative, l'article 4 de cette loi a donné aux Conseils généraux des Départements la mission d'organiser le service de l'Assistance médicale, et, par conséquent prévu le concours des personnes exerçant l'art de guérir, notamment des médecins qui visitent les malades assistés et instituent leur traitement, et des pharmaciens qui préparent et délivrent les médicaments prescrits par ces médecins :

Que dans le cas où il n'existerait pas, dans la commune d'un malade assisté, de pharmacien consentant à donner son concours aux conditions établies en application de l'article 4 de la loi précitée, il appartient au médecin, pour éviter que cette loi ne soit mise en échec, de remplir seul la tâche de l'assistance médicale ;

Que dès lors, cette situation exceptionnelle peut être considérée comme plaçant le médecin dans le cas prévu par l'article 27 de la loi du 21 germinal au XI ;

Est d'avis :

de répondre dans le sens des observations qui précèdent.

Cet avis a été délibéré et adopté par le Conseil d'Etat dans ses séances des 7 et 13 juillet 1898,

Le conseiller d'Etat rapporteur.
CAZELLES.

Le vice-président du Conseil d'Etat,
ED. LAFERRIÈRE.

Le maître des requêtes
Secrétaire général du Conseil d'Etat,
Marcel TRÉLAT.

Pétition adressée le 1er octobre par les médecins communaux d'Algérie

Monsieur le Gouverneur Général,

Les soussignés, médecins communaux, appartenant aux trois départements algériens, ont l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur les conditions déplorables dans lesquelles ils sont obligés d'exercer leur art.

Choisis et nommés par les Maires, révoqués, dès qu'ils ont cessé de plaire, par cette même autorité — contre laquelle aucun appel n'est possible — les médecins deviennent de simples employés communaux, d'un rang bien inférieur à celui des gardes-champêtres qui eux, tiennent leurs fonctions de la Préfecture. Ils sont à la dévotion et à la merci du Maire : ils doivent obéir à tous ses ordres, subir tous ses caprices, sans murmurer, sous peine de se voir chassés.

S'il ne s'agissait que d'ordres relatifs au service, il n'y aurait rien à dire, mais la plupart des Maires demandent à leur médecin, avant le zèle, la science, et le dévouement professionnel, un dévouement sans bornes à leur personne.

Le médecin doit être, avant tout, l'agent électoral de M. le Maire ; il doit travailler, d'avance et sans relâche, à préparer sa réélection et redoubler de zèle et d'efforts, lorsque s'approche l'heure des élections municipales.

Le médecin communal doit épouser toutes les querelles de son Maire, toutes ses inimitiés.

A ces conditions, le médecin a quelques chances de conserver sa situation, à moins, toutefois, qu'au moment des élections, une trêve n'intervienne entre M. le Maire et ses ennemis politiques, trêve dont le médecin naïf paiera les frais par sa révocation.

Dans tout cela, la médecine ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire. Le médecin qui est l'ami de M. le Maire peut en prendre tout à son aise : visiter les malades quand bon lui semble, chasser, pêcher, si tels sont ses goûts, s'absenter, s'il lui plaît et envoyer les indigents à l'hôpital pour s'éviter l'ennui de les soigner. Tout est approuvé d'avance et les plaintes, qui abondent à la Mairie, sont religieusement mises au panier.

Le médecin veut-il, au contraire, faire acte d'indépendance, rester neutre au milieu de ces mesquines rivalités villageoises, qui sont communes à tous les centres algériens, et se consacrer uniquement à ses fonctions, oh ! alors, c'est un *tolle* général et M. le Maire n'hésite pas un instant à se débarrasser de ce gêneur, qui n'a pas eu l'intelligence de comprendre ce qu'on attendait de lui.

Les soussignés n'insistent pas davantage sur ce point, Monsieur le Gouverneur général, mais ils prennent la liberté de mettre sous vos yeux un certain nombre des premiers numéros de la *Revue Médicale*, dans lesquels cette question a été traitée en plusieurs articles et en plusieurs lettres.

Et ils s'adressent à vous dans l'espoir, que vous voudrez bien mettre fin à une situation aussi préjudiciable au bon fonctionnement du service médical des communes de plein exercice, qu'à leurs propres intérêts et à leur dignité professionnelle.

Ils sont médecins, ils veulent rester médecins et ne pas échanger une profession honorable et respectée, contre les fonctions de courtiers électoraux de leurs maires.

Ils viennent vous demander, Monsieur le Gouverneur général, de prendre en main le service communal, comme vous avez celui de la colonisation, car ils estiment que la santé des colons — qu'ils appartiennent à une commune de plein exercice ou à une commune mixte — doit être également protégée et que le fonctionnement du service, dans les deux cas, doit être l'objet d'une égale sollicitude.

Ils demandent à pouvoir exercer leur art, au grand profit des malades, à l'abri des mesquines tracasseries villageoises.

Les médecins communaux demandent à être nommés par le Gouvernement général, *mais surtout à ne pouvoir être révoqués que pour fautes professionnelles graves, après enquête ordonnée par l'autorité supérieure.*

Leurs prétentions ne sauraient sembler excessives et injustes et, si on leur objectait qu'étant payés par les communes, ils doivent être à la merci des municipalités, ils répondraient qu'ils ne demandent rien de plus que la condition qui est faite aux commissaires de police et aux receveurs municipaux qui, eux aussi, appointés sur les fonds communaux, reçoivent leur mandat d'une autorité plus élevée que celle du maire.

Pourquoi les médecins communaux seraient-ils traités sur un autre pied que les vétérinaires sanitaires qui, bien que recevant des communes formant leur circonscription la plus forte partie de leur traitement, ne relèvent absolument que du Gouvernement Général.

Outre l'intérêt, que peuvent mériter les médecins communaux par leurs études, leur dévouement professionnel, une autre raison serait susceptible de vous déterminer, Monsieur le Gouverneur général, à prendre en considération leur pétition.

Ce mobile est la *santé publique.* Ils pensent que les habitants des campagnes ne peuvent que souffrir de l'abaissement de la situation morale et matérielle du Médecin communal.

Comptant que vous voudrez bien faire droit à leurs justes revendications, ou, tout au moins, les appuyer auprès du Parlement, les soussignés ont l'honneur, Monsieur le Gouverneur général, de vous prier de vouloir bien agréer leurs très respectueux hommages.

CORRESPONDANCE

22 septembre 1898.

Monsieur le Directeur et honoré confrère,

Permettez-moi avant tout de me rappeler à votre bon souvenir, et de vous dire combien j'ai été heureux de faire votre connaissance l'autre jour chez le docteur M...

Depuis longtemps, le Dr Barette m'avait parlé du Concours et j'avais apprécié comme il convenait, tout ce qu'il a fait pour la profession médicale. J'aurai désiré, chez le confrère M., vous dire toute ma profonde admiration pour ses œuvres; je n'ai pu le faire, et je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui d'acquitter cette dette.

Mais j'ai aussi à vous demander un double service.

1° De me faire inscrire au nombre des adhérents du « Sou médical ».

2° De vouloir bien signaler à vos lecteurs, si toutefois vous le jugez utile, une compagnie d'assurances, pour laquelle j'ai été sollicité d'être le médecin à Caen.

Il s'agit de la « *Société générale de Prévoyance cycliste et automobiliste*, Société d'assurances mutuelles à cotisations fixes contre les accidents corporels et matériels de vélocipèdes et d'automobiles. Siège social, 27, rue Drouot, Paris.

Cette assurance m'offrait cinq francs par constatation d'accident, certificat de guérison compris ; ce qui veut dire cinq francs pour constater l'accident, soigner le malade, et constater la guérison.

J'ai réclamé cinq francs pour chaque certificat, plus les visites, chaque visite devant être payée suivant la distance et le tarif local.

Le représentant de la Compagnie à Caen, m'a répondu que l'assurance ne pouvait s'engager à donner plus de cinq francs par constat d'accident, certificat de guérison compris, ajoutant que la Compagnie avait déjà trouvé 300 médecins à ces conditions !!!

Ainsi 300 médecins consentent à délivrer pour cinq francs 2 certificats, soit 2,50 l'un. Et les soins, les pansements? tout cela, pour rien ? Cela me paraît fantastique, il s'agit en l'espèce d'une compagnie de création toute recente. Les confrères ne peuvent dire qu'ils sont engagés depuis longtemps vis-à-vis de la compagnie, qu'il leur est difficile de se retirer, etc... (Vous connaissez l'antienne). Ne pourriez-vous dans le Concours, signaler cette assurance, et une fois de plus, dire à nos confrères qu'ils font de mauvaise besogne, en accordant de semblables cadeaux à des clients aussi riches que les Compagnies d'assurances.

Croyez-moi, je vous prie, mon cher confrère, votre respectueusement dévoué.

Dr O.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des Sociétés locales.

Syndicat médical de l'arrondissement de Toulon.

Réunion du 17 septembre 1898.

Les médecins de la Ville et de l'arrondissement de Toulon ont tenu leur réunion annuelle

et générale le 17 septembre, sous la présidence de M. le docteur Jouany, dans la grande salle de la mairie, mise gracieusement à leur disposition par M. Michollet, adjoint au maire de Toulon.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

M. le président fait part à l'assemblée des démarches faites auprès de M. le directeur du service de santé et de M. le préfet maritime pour leur signaler les griefs nombreux des médecins civils contre les médecins de la marine en activité de service, relatifs à l'exercice de la clientèle civile par ces derniers, et demander l'application de la circulaire ministérielle de l'amiral Krantz du 2 août 1888, qui leur interdit de payer patente et leur prescrit de ne donner leurs soins qu'à titre exceptionnel et gratuit.

Lecture est faite par le secrétaire de la lettre de M. le préfet maritime en date du 12 septembre 1898, informant le syndicat que la circulaire ministérielle n'avait jamais été abrogée et qu'il invitait Messieurs les officiers du corps de santé à vouloir s'y conformer dorénavant. Le syndicat, résolu à faire observer cette circulaire et à user de tous les droits que lui confère la loi nouvelle sur la médecine, décide d'écrire à M. le préfet du Var, pour le prier : 1° de vouloir bien inviter M. l'officier de l'état-civil à ne recevoir à l'avenir que les billets de naissance et de décès signés seulement des médecins dont les noms figurent sur un tableau dressé annuellement à la sous-préfecture de Toulon ; 2° de vouloir bien rappeler à MM. les présidents et Mmes les présidentes des sociétés de secours mutuels, dont il est le tuteur, que conformément à la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, ne doivent être appelés à soigner les sociétaires malades, que les médecins patentés ayant déposé à la sous-préfecture leur diplôme, enregistré au greffe du tribunal civil.

L'assemblée décide en outre de porter à la connaissance de M. le préfet maritime que *des médecins de la marine en activité de service sont médecins de maisons d'éducation, de sociétés d'assurances, de sociétés de secours mutuels, que beaucoup tiennent des cabinets de consultation avec plaques indicatrices !!!*

Le syndicat s'occupe ensuite de diverses questions, notamment de l'agression brutale dont son secrétaire a été l'objet de la part d'un médecin de la marine en activité de service. Estimant que la personnalité de leur confrère n'est nullement engagée, mais que celui-ci a agi conformément à leurs désirs, auprès des autorités compétentes, les membres présents décident de prêter leur appui dans l'action judiciaire qu'intente l'intéressé à son agresseur.

Plusieurs membres se faisant l'écho de certains bruits concernant la nomination du successeur de leur collègue, le docteur Joseph Orme, comme médecin du Théâtre, comme médecin des écoles, l'assemblée à l'unanimité adresse à ce confrère tout son regret pour la révocation dont il a été l'objet.

L'assemblée croit enfin devoir remercier son président M. le docteur Jouany, pour le dévouement et l'activité qu'il a montrés dans la défense des intérêts professionnels du Syndicat.

Le Secrétaire : Docteur PELLISSIER.

REPORTAGE MÉDICAL

L'avant-projet de statuts d'un ordre de médecins, publié dans le n° 40, est l'œuvre, non du *Syndicat de la Gironde*, mais de la Société locale de ce département.

La camaraderie médicale.— Le *Scalpel* nous expose ainsi ce qui se passe entre les médecins de Soignies (*Hainaut*) quand arrive la canicule :

Mus par le très légitime désir de débarrasser, au moins une fois l'an, leurs épaules du collier professionnel, les médecins d'une localité, catholiques, libéraux, antisémites, etc., se réunissent et décident de prendre des vacances... Adopté.

On propose l'époque de l'année où les malades, « rari nantes », sont le moins abondants : les mois d'août et septembre, la « morte saison » des médecins » ... Adopté.

Chacun prend, soit par tirage au sort, soit par convention, une semaine pleine, et part en balade, par monts et par plages.

L'absent, à titre de réciprocité, est remplacé par un confrère à son choix, lequel lui remet, à son tour, la liste complète des visites et vacations qu'il a faites en lieu et place de celui-ci.

En raison de l'adhésion unanime des médecins, condition très importante, aucun intérêt ne peut être lésé : le public même, chose curieuse à observer, lorsqu'il s'agit de médecins, ne récrimine pas ; il pousse la longanimité jusqu'à émettre un avis favorable.

Voici la copie textuelle d'un articulet publié par les *journaux locaux*.

« Le corps médical de notre ville, vient de prendre à l'exemple des pharmaciens, une décision à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir.

« Nos honorables praticiens ont décidé de prendre annuellement, à tour de rôle, un à la fois, pendant la période actuelle où l'état sanitaire est le meilleur, quelques jours de vacance.

« Il va de soi que le médecin absent sera remplacé par un confrère, et que tous les services seront assurés.

Tous nos compliments à nos confrères de Soignies.

Ces choses-là se voient aussi, mais bien rarement au doux pays de France, entre médecins des petites localités. Mais l'exemple est contagieux, et il est permis d'espérer qu'un jour on le suivra.

L'hygiène militaire pendant les manœuvres.— De nombreuses plaintes se sont élevées de toutes parts contre l'insuffisance des précautions prises par les chefs de corps dans le règlement des marches et étapes au cours des manœuvres. Consulte-t-on les médecins militaires pour tâcher de déterminer les limites qui séparent l'entraînement de surmenage ? Ce n'est guère probable, et ce serait pourtant bien naturel. Et chaque année, les mêmes accidents se reproduisent, sans qu'on y remédie autrement que par une circulaire le plus souvent inappliquée.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4298. — M. le docteur Gombault (Georges), de Blois (Loir-et-Cher), présenté par M. le docteur Planel, de Baumont-le-Roger (Eure).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Cayret, de Requista (Aveyron), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 42 15 OCTOBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A M. le Docteur Simon, de Nouan-le-Fuzelier (Loir-et-Cher).

Cher confrère,

C'est votre lettre qui fera notre Propos du Jour. Les commentaires, que vous demandez, seront brefs et précis.

En 1848, le corps médical, par humanité, par libéralisme de vieille date, s'est engagé, alors qu'il ne voyait dans les Sociétés de Secours Mutuels que l'Assistance mutuelle entre simples ouvriers, à des sacrifices. A cette époque de généreuse renaissance, il y eut une éclatante manifestation de solidarité et les médecins, avec entrain, firent aux mutuellistes l'abandon d'une grosse partie de leurs honoraires.

Les mutuelles, depuis cette époque, ont mis en réserve plus de 200 millions et nous avons prouvé qu'elles nous doivent bonne partie de la somme. En outre, elles nous ont refusé égards et témoignages de gratitude, ce qui nous a déterminé à rompre avec la prétendue *ligue de la mutualité*.

Nous avons publiquement proclamé que le Concours Médical, désormais, ne connaissait plus les Sociétés de Secours mutuels. Il a conseillé à ses adhérents de faire, aux véritables ouvriers mutuellistes, qu'il ne voulait plus connaître comme mutuellistes, une réduction de 25 % sur le tarif des ouvriers.

Quand on a élaboré la *loi d'assistance gratuite*, nous avons dit :

L'Etat est un client riche ; il prétend remplir son devoir vis-à-vis des pauvres, les soigner à ses frais et avoir droit à leur reconnaissance.

Alors l'État a dit : Médecins, vous traiterez mes pauvres à un taux infime. Je vous paierai si je le puis et si les conseillers généraux y consentent. C'est à moi, c'est aux conseils. que devra venir la reconnaissance des misérables et non à vous médecins, qui ferez les sacrifices.

Un autre jour, l'Etat a tenu ce langage aux patrons : *Je vous rends responsables des accidents du travail.* Les patrons ne sont pas des pauvres. Ils ont hurlé contre la prétention.

Alors l'Etat leur a crié : apaisez-vous ; j'ai sous la main, obéissant et empressé mon homme de peine ; il traitera vos ouvriers, je le décrète, aux mêmes conditions que mes indigents, *c'est le médecin qui paiera.*

Et vous, confrère, vous venez encore ajouter un trait frappant au tableau.

L'Etat dit : Je puis à peine donner à mes employés les plus humbles, le pain qui les fait vivre. Jusqu'à ce jour, je les faisais soigner par les médecins, au prix des ouvriers.

Assez de ces pratiques : *indigents, ouvriers victimes d'accidents, mes employés*, je mets tout ce peuple dans le même sac.

Médecins, gens sans esprit de solidarité, incapables de vous refuser aux corvées que vous acceptez à l'envi les uns des autres, je ne vous crains pas. Libéraux, vous êtes mes plus fidèles

soutiens politiques ; vous portez partout mon drapeau ; ce n'est pas vous qui vous soulèverez ; avec l'appât d'un titre, d'un ruban, quelle que soit sa couleur, d'une médaille de bronze, d'un témoignage de ma satisfaction, vous donnerez, quand je le voudrai, vos soins gratuits aux ouvriers, aux gendarmes, aux cantonniers, et bientôt aux employés de tous nos ministères, *au tarif des indigents*.

Il suffit que mes assemblées le décrètent ! qui me résisterait ? je trouverai toujours, parmi vous, le 4 au cent pour faire ma besogne.

Voilà où nous en sommes.— Est-ce le *Concours* qui avisera ? Lui, rien ne le lie ; il est libre de toute attache.

Mais, il craint que, pour le moment, la coupe d'amertume ne soit pas encore pleine et prête à déborder. Que dirait-on, chez nous, de la *grève générale*, vis-à-vis de l'Etat ? Quels cris de paons on jetterait dans nos hauts lieux, éternellement satisfaits de leur sort et du nôtre !

Conclusion :

En tout cas, confrère, refusez, comme vous dites, et formulez le refus avec une énergie suffisante pour décourager une nouvelle tentative. Honnis soient les médecins qui ne vous imiteraient pas — et s'il y en avait un, ce que je ne puis croire, nous serions très affligés d'être contraints de signaler son nom. D'ailleurs le syndicat de Loir-et-Cher, nouvellement créé, peut vous assister énergiquement.

A. Cézilly.

La Motte-Beuvron (Loir-et-Cher).

Epître au Dr Simon.

Le conducteur-voyer du canton de la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher), à M. le Docteur Simon.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous aviser qu'en exécution d'une *décision du Conseil général du Loir-et-Cher*, dans sa session dernière, les honoraires du médecin et les frais de médicaments, à l'occasion des soins donnés, pour maladies, aux cantonniers des routes départementales, nationales, ainsi qu'à ceux des chemins de grande communication, d'intérêts local et communaux, *seront réglés à l'avenir suivant les tarifs de l'assistance médicale gratuite*.

Veuillez agréer, etc., etc.

Nouan-le-Fuzelier (Loir-et-Cher), le 9 oct. 1898.

Monsieur le directeur et très honoré confrère,

Permettez-moi de vous adresser copie d'une lettre, bien suggestive, que l'administration des Ponts et Chaussées vient de nous adresser.

Cette circulaire m'inspire les réflexions suivantes : L'administration, en général, continue d'une façon lente, mais progressive à l'excès, l'exploitation indigne de notre profession.

Nous sommes devenus, dans la société, la fraction taillable et corvéable à merci ; et je ne sais pas où s'arrêteront les excès, que l'on commet, chaque jour, contre nos intérêts.

Bientôt, en effet, il ne faudra pas s'étonner de voir tous les corps d'état, toutes les administrations, demander *ce même tarif de l'assistance publique* que nous avons eu la naïveté d'accorder une première fois ; et, dans cette circonstance, permettez-moi de formuler une opinion absolument personnelle ; c'est que le corps médical, mal dirigé, mal soutenu par ceux qui avaient la *mission morale de le conduire et de le protéger*, a eu le tort immense de traiter l'Etat, tuteur des humbles, des pauvres, comme s'il était lui-même, ces humbles, ces pauvres ; quand, au contraire, il doit être considéré par nous comme un client riche ou tout au moins à son aise.

C'est ce qui nous oblige à constater bien amèrement que cette loi, bonne, excellente, dans son essence, pèsera surtout sur une classe, cependant bien intéressante, et bien besogneuse, aussi, le *médecin rural* ; et ce qu'il y a encore de plus révoltant, c'est que dans ces conditions particulières, ce n'est pas le médecin, éternel sacrifié, qui, consentant toutes les réductions qu'on demande à son maigre salaire ordinaire, au nom de *l'humanité*, ce n'est pas lui qui recueille le bénéfice moral de la reconnaissance qu'il était en droit d'espérer ; non, ce n'est pas vers lui que s'élèvent les élans de gratitude, c'est plutôt vers *le conseiller municipal, le maire, le conseiller général, le député enfin*, dispensateurs de la provende-assistance, dont tous, sans exception, se font ou se sont fait et se feront, une plate-forme électorale.

Et cependant ont-ils fourni un seul maravédis pour augmenter le budget de l'assistance ?

Le médecin, je le répète, qui est la cheville ouvrière du bon fonctionnement de cette loi, qui la rend effective par les grands sacrifices qu'on a obtenus de lui, au nom de *l'humanité*, a-t-il obtenu en retour un peu de gratitude ?

Bien au contraire, les pouvoirs publics n'arrêtent pas, contre lui, les hostilités ouvertes ; on lui prodigue généreusement les froissements, les suspicions d'honnêteté, on lésine son maigre salaire, on le discute, et quand on l'a diminué considérablement, sous une foule de prétextes, on le prie encore, l'invective à la bouche, de faire en sorte de ne pas continuer des procédés (lesquels ? on ne le dit pas) qui frisent presque l'indélicatesse.

Mais enfin ! Voyons ! où en sommes-nous donc arrivés ? les médecins sont-ils des ilotes, au milieu de cette belle société fin de siècle ; au banquet de la vie n'y a-t-il pour nous, au lieu des miettes qu'on nous refuse, que des horions !

Médecins ruraux, mes frères, nous avons fait dans cette circonstance, je vous le répète, une immense bévue, en ne traitant pas l'Etat suivant le rang social qu'il occupe en réalité ; puisqu'il se charge comme tuteur de faire soigner gratuitement les pauvres, qui sont à lui et non à nous, qu'il paye lui-même, et ne nous fasse pas payer nous, médecins qui n'y sommes pour rien !

Cette circulaire est donc suggestive et nous éclaire sur la déception que nous réserve encore l'avenir. Cette leçon nous profitera-t-elle ? Je n'ose répondre oui, car le peu de cohésion qui existe dans notre noble profession, quand il s'agit de défendre nos intérêts, est telle qu'on ne peut se défendre d'entrevoir, pour plus tard, de nouveaux déboires.

Il n'y a pas de raison, en effet, pour qu'après les Ponts et Chaussées, pour les cantonniers, une autre administration ne demande les mêmes faveurs pour ses non moins intéressants employés, et ainsi de suite jusqu'à ce que ces mesures spéciales se généralisent à l'infini. Ce sera alors, pour le corps médical, l'âge de pierre ou plutôt des pavés, car ils nous tomberont sur la tête, jusqu'à ce que notre boîte crânienne, pourtant bien solide, soit réduite en miettes.

Allons ! Pauvres médecins ruraux, avons-nous donc perdu toute énergie ? Sommes-nous donc absolument émasculés, devant nos exploiteurs ? *Sursum Corda*. Unissons-nous donc. Groupons-nous en bataillons serrés. Nous sommes en force dans la société. Sachons nous servir, de cette force, en soutenant énergiquement nos si légitimes revendications ; sinon c'est pour nous la ruine et ce sera la fin.

Docteur Simon.

Nouan-le-Fuzelier (Loir-et-Cher).

LA SEMAINE MÉDICALE

Tension artérielle et contractilité vésicale

D'après les recherches de MM. *Genouville* et *O. Pasteau*, il paraît exister *entre la tension artérielle et la contractilité vésicale, chez les prostatiques, un rapport sensiblement proportionnel.*

Quand la contractilité vésicale est normale, la tension artérielle est élevée (+ 14 centimètres de mercure).

Quand la contractilité vésicale est nulle ou extrêmement affaiblie, la tension artérielle est très abaissée (+ 8 ou 9 centimètres de mercure).

Quand la contractilité vésicale est passable ou médiocre, la tension artérielle est au-dessous de la normale, mais moins que dans le cas précédent (+ 10 à 12 centimètres de mercure).

Ces résultats présentent une véritable importance pour l'*étude clinique des malades*.

Sans parler même de la nécessité d'un matériel spécial et de l'expérience indispensable pour ce genre de recherches, on peut dire que l'examen manométrique de la vessie présente souvent de réelles difficultés : dans certains cas même, il devient impossible, par exemple lorsqu'il existe une cystite trop aiguë, lorsqu'il y a de l'hématurie, lorsque l'urèthre est rétréci ou le cathétérisme par trop pénible, enfin lorsque le malade est en puissance d'infection grave. Quand l'examen est possible, il demande toujours un certain temps (environ une demi-heure), et les malades se prêtent difficilement à ce genre de recherches.

L'examen sphygmométrique, au contraire, est facile et rapide, il ne dure que quelques minutes ; il peut se pratiquer quel que soit l'état du sujet ; il n'effraye pas les malades pusillanimes. Si donc, il se confirme que la tension artérielle est sensiblement proportionnelle à la contractilité vésicale, on voit quel avantage l'examen clinique pourrait en retirer. On pourrait alors substituer une exploration facile et rapide à une exploration longue, minutieuse et toujours un peu compliquée.

La manométrie vésicale resterait bien évidemment la méthode de choix, seule exacte et rigoureuse, pour évaluer le degré de contractilité d'une vessie, mais la sphygmométrie pourrait justement indiquer le cas où l'examen vésical devrait être pratiqué. Quand on ne voudrait avoir qu'un résultat approximatif, on pourrait d'ailleurs s'en contenter.

Il est des cas, cependant, où la sphygmométrie pourrait fournir à l'examen vésical un appoint fort utile ; et dans la cystite, par exemple, il pourrait rendre des services. En effet, si la cystite n'augmente en rien la contractilité de la vessie, il n'en est pas moins vrai qu'elle modifie quelquefois assez profondément le tracé manométrique. Ces modifications (ascensions brusques, angles aigus) se reconnaissent avec un peu d'habitude, mais la discordance entre les résultats du sphygmomètre et du manomètre, chez un malade atteint de cystite, devrait attirer l'attention et faire étudier de plus près la contractilité vésicale, pour l'apprécier à sa juste valeur.

L'interprétation physiologique du fait que MM. Genouville et Pasteau ont cherché à montrer, est sans doute bien difficile, et c'est à peine s'ils osent avancer une théorie qui pourrait l'expliquer. Sans oublier l'influence de la force d'impulsion cardiaque sur les variations de la tension artérielle, on peut se demander si la diminution de cette tension ne proviendrait pas au moins en partie d'une diminution de tonicité des parois vasculaires. Il y aurait une *relation entre l'état de contractilité de la couche musculaire de la vessie et de l'état de la tonicité de la couche musculaire des parois artérielles.* On pourrait alors rattacher l'hypotension artérielle et l'hypocontractilité vésicale à une cause d'ordre général, ou, tout au moins, voir dans ces deux cas, des manifestations d'une hyposystolie générale du système musculaire lisse.

Traitement du phimosis.

Le point délicat, dans l'opération si banale du phimosis, est l'affrontement exact du bord muqueux et du bord cutané de la plaie circulaire du prépuce. Assez souvent, cet affrontement n'étant pas rigoureux, les deux lèvres s'écartent, l'œdème inévitable, consécutif à l'opération, augmente encore l'écartement et retarde d'autant la cicatrisation.

On peut obtenir *sûrement* la cicatrisation par première intention : d'abord en multipliant les points de suture et par conséquent les surfaces d'accollement ; ensuite, en adoptant une modification du procédé opératoire ordinaire, proposée par le Dr Jobert, qui permet l'affrontement rigoureux et exact des deux lèvres. Pour cela, le prépuce étant tiré en avant par une pince, vous placez au-dessous, perpendiculairement à la pince, un clan fenêtré qui pince entre ses mors le prépuce dans toute sa circonférence.

Par la fenêtre du clan, vous traversez le prépuce avec plusieurs crins ou fils métalliques ; puis vous sectionnez le prépuce au-dessus du clan : vous vous trouvez en présence de boucles de fils, que vous coupez en leur milieu dès que vous avez retiré le clan et vous réunissez les tronçons ainsi formés par des ligatures.

Vous avez ainsi mathématiquement affronté le prépuce et la muqueuse avant l'opération en plusieurs points ; et les ligatures que vous faites ensuite entre ces divers points jouiront du même bénéfice.

L'opération est raccourcie de moitié et votre malade guérit en moins d'une semaine (1).

Traitement de la sténose hypertrophique du pylore.

La gastrite sténosante, d'après Boas (*Revue de pathologie interne*), est surtout fréquente dans la première moitié de la vie. C'est un symptôme qui ne devient grave qu'après de longues années. D'abord, il y a des signes de dyspepsie, des vomissements généralement assez tardifs, à la période des troubles de compensation. Un signe important est la conservation de l'appétit. Jamais il n'y a d'hémorrhagies. L'estomac n'est pas très dilaté ; dans un cas cité par Boas, la dilatation était modérée. Dans un autre, il y avait des contractions péristaltiques, et dans un cas seulement on sentait une tumeur dure au pylore, rendant le diagnostic difficile.

(1) *Bull. médical.*

Il y a des résidus digestifs, avec le régime ordinaire ; on ne les trouve pas avec le régime lacté absolu, quoique l'estomac ne se vide pas absolument dans tous les cas. Il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre, mais beaucoup d'acides de fermentation. On trouve de l'acide lactique, pas de sarcines, mais des bacilles allongés.

Le *diagnostic* se fera par la stagnation avec, quelquefois, des mouvements péristaltiques visibles, se dirigeant vers le point sténosé ; l'absence d'acide chlorhydrique et de ferments indique un changement profond de la muqueuse. La longue durée, les améliorations montrent que le processus est bénin.

On distinguera cette sténose de la sténose cicatricielle, par l'absence d'hémorrhagies antérieures et par l'anachlorhydrie ; de la dilatation atonique primitive, par les mouvements péristaltiques, et par les signes bien plus marqués de gastrite.

Le diagnostic avec le cancer peut être difficile, la longue durée le permettra ; le malade est plus jeune, il y a des variations de gravité selon les périodes ; de plus, dans le cancer, la motilité gastrique diminue toujours et il y a des vomissements noirs. La présence d'une tumeur n'est pas un caractère distinctif.

Le pronostic de cette affection est grave ; à moins d'intervention, la mort en est la conséquence. Il se fonde sur le degré de la sténose et sur la motilité gastrique. Généralement les malades peuvent prendre beaucoup de liquide, sans stagnation. Sinon, on devra opérer. Si le malade peut s'alimenter, l'opération est discutable.

On devra éviter les aliments irritants, et surtout donner des liquides. On peut se servir d'acide chlorhydrique, de pancréatine, de papaïne.

Dans tous les cas cités par Boas, la gastro-entérostomie fut faite, dans deux cas avec entière guérison, dans l'autre avec amélioration.

Le bicarbonate de soude employé en pansement.

La *Presse Médicale* rapporte les curieuses études de MM. *Augé* et *Casteret*, médecins militaires, qui appliquent comme pansement sur les plaies, une solution de bicarbonate de soude à 2 %.

L'idée est d'origine russe. Elle est due à un médecin militaire, M. Guéorguievsky, qui, ayant à traiter un soldat atteint de panaris de l'index, voulut faire une incision à la paume de la main, le mal s'étant, comme il arrive souvent, propagé du doigt à la paume. Au moment où il allait enfoncer le bistouri, le soldat, atteint d'une vive et légitime appréhension, se retira brusquement, de sorte que la lame ne fit qu'une entaille superficielle à la peau, qui était très épaisse. Le chirurgien fut compatissant ; il ajourna l'opération au lendemain et, pour la faciliter, il pansa la main avec des compresses trempées dans du bicarbonate de soude à 2 %, dans le but de ramollir le tégument dur et résistant. Le lendemain, il alla trouver son blessé, et grande fut sa surprise, de voir que la main était dégonflée, que la suppuration avait cessé, et les douleurs aussi. Bref, tout allait le mieux du monde. Naturellement, il ne fut plus question du bistouri et l'on continua les compresses au bicarbonate. Au sixième jour le malade était guéri.

Un de nos confrères, à Alger, M. Brucker, en eut connaissance, et il voulut contrôler les affirmations du chirurgien russe. Il employa le bicarbonate dans 200 cas, et avec succès.

MM. Augé et Casteret ont fait 60 ou 70 essais semblables pour des panaris, des abcès, des plaies, des lésions cutanées et suppurées et ils ont obtenu les mêmes succès.

Comment agit le bicarbonate ?

Ce n'est point comme antiseptique, car il n'a pas la vertu de tuer les germes. Et, au reste, rien ne le prouve mieux que l'examen des eaux de Vichy, si riches en bicarbonate de soude : elles sont pleines de germes organisés. Il faut donc chercher une autre explication.

M. Brucker en a donné une. Il explique l'action bienfaisante du bicarbonate, par sa nature alcaline. Alcaline, c'est-à-dire bactéricide. Le sang qui lutte avec tant de force contre les maladies infectieuses, opère de deux façons : par la phagocytose, par la lutte des globlules blancs qui vont dévorer les germes, et par l'action bactéricide du sérum du sang, selon la théorie de Büchner, Behring, etc.

« Cette action bactéricide est due à l'alcalinité du sang, et plus le sang est alcalin, plus il permet à l'organisme de résister aux infections. Les germes n'aiment point les alcalins ; ceux-ci nuisent à leur santé. Et alors on comprend le mode d'action du pansement au bicarbonate. Dans une plaie infectée, comme dans un organisme envahi par une maladie infectieuse générale, il y a diminution de l'alcalinité du sang ; et, tandis que, dans le second cas, on obtient souvent d'excellents résultats par l'injection dans les tissus ou dans les veines, — d'un liquide alcalin — dans le premier, on fait d'excellente besogne, en appliquant localement le bicarbonate, qui fait l'effet d'un sérum local. Dans les deux cas, on augmente l'alcalinité du milieu, on vivifie les cellules, et elles peuvent mieux lutter contre les envahissements microbiens (1).

« Tel est le mode de pansement qui semble devoir être appliqué, surtout au titre de 2 %. Il y a lieu d'en essayer, assurément. Mais il faut bien se dire que ce n'est point encore là le pansement idéal. Il stimule les tissus, mais il ne détruit pas les microbes : les antiseptiques, eux, tuent les microbes, mais ne stimulent pas les tissus. Il faudrait trouver le moyen de réunir les deux actions dans une même substance ; il faudrait trouver un corps qui fût à la fois vivificateur des cellules et destructeur des microbes. »

Ulcérations tuberculeuses de la langue.

Voici les caractères cliniques que le professeur Berger assigne aux ulcérations tuberculeuses de la langue (dans la *Médecine moderne*) :

Rarement les ulcérations tuberculeuses de la langue détruisent profondément les tissus ; les bords en sont irréguliers, polycycliques, à contours géographiques (Reclus) nettement découpés, quelquefois taillés à pic, mais jamais profondément, et souvent de niveau avec le fond

(1) Chronique scientifique de H. de Varigny.

même de l'ulcération. Ce fond est, parfois, lisse et uni, mais presque toujours anfractueux, mamelonné, d'une coloration générale grisâtre, quelquefois rouge, ecchymotique, recouvert, par place, de détritus jaunâtres. La plaque ulcérée siège rarement sur une base indurée, mais quelquefois elle repose sur une zone atteinte de glossite interstitielle, déterminant une induration notable assez étendue.

Ce qui est absolument caractéristique de la tuberculose linguale, ce sont les petits points jaunâtres, discrets ou confluents, semés autour de l'ulcération, dont Trélat a signalé la valeur pathognomonique, et qui sont justement appelés *points jaunes de Trélat*. Ces points jaunes s'ulcèrent à leur tour, et les petites ulcérations périphériques grandissant peu à peu, s'unissent, pour l'accroître, à l'ulcération principale.

Les phénomènes fonctionnels sont les suivants : salivation, gêne de la déglutition et de la phonation, douleurs spontanées ayant pour siège la langue et irradiées dans l'oreille.

On peut rencontrer à la langue d'autres types de lésions tuberculeuses. A côté de l'ulcère tuberculeux de la langue on observe le lupus, mais le diagnostic en est facile, car il coexiste toujours avec du lupus des fosses nasales et de la face. Les tumeurs se développent dans l'épaisseur du corps charnu de l'organe, restent longtemps indépendantes de la muqueuse ; elles sont molles, fluctuantes, et finissent par s'ouvrir au dehors. La forme la plus fréquente de la tuberculose linguale est l'ulcère tuberculeux de Trélat.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic, pronostic et traitement de l'hémorrhagie cérébrale.

Les statistiques montrent qu'environ un tiers des personnes ayant dépassé cinquante ans meurt par apoplexie cérébrale, c'est-à-dire par hémorrhagie résultant d'une rupture artérielle encéphalique.

C'est dire la grande fréquence de ce mécanisme de mort et l'importance considérable qui s'y rattache. Nous n'étudierons pas le mécanisme proprement dit, la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale, le sujet sera plus limité : nous nous bornerons à passer en revue le diagnostic, le pronostic et le traitement de ce redoutable danger, qui menace l'homme sénile, en nous aidant d'une remarquable leçon clinique de M. le Dr Gilles de la Tourette, faite à l'hôpital Saint-Antoine.

I

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

Le sujet atteint d'hémorrhagie cérébrale est généralement âgé de 50 ans au moins : toutefois, l'accident peut survenir chez un adolescent ou un adulte sujet à des attaques d'épilepsie, ou même, chez un nouveau-né, quand la circulation cérébrale se trouve entravée par l'enroulement du cordon autour du cou.

Il existe parfois des prodromes consistant en céphalées, bouffées congestives de la face, vertiges ; mais, ces phénomènes sont rares ; car ils sont plutôt causés par la thrombose ou le spasme artériel, par l'oblitération intermittente ou progressive des vaisseaux.

« Dans la grande majorité des cas, l'hémorrhagie s'effectue soudainement, sans prodromes caractéristiques, le sujet n'a pas le temps d'analyser ses sensations, il s'affaisse lourdement sur le sol, la perte de connaissance est rapidement complète. Et ne croyez pas pour cela que l'hémorrhagie doive être nécessairement très considérable et que cette annihilation soudaine des facultés entraîne forcément, par elle-même, un pronostic presque sûrement fatal. Il y a longtemps déjà que M. le professeur Jaccoud a insisté sur l'action synergique des hémisphères, sur les phénomènes d'inhibition qui se généralisent à tout le cerveau, lorsqu'une de ses parties vient à être lésée.

« Le sujet est plongé dans le coma, dans la résolution la plus absolue, telle que la vessie ou le rectum ont pu laisser échapper leur contenu ; on remarque parfois que les vêtements sont souillés par un vomissement. Les membres soulevés retombent flasques et inertes sur le plan du lit, les yeux sont clos, les pupilles souvent contractées ; au moindre mouvement communiqué, la tête roule indifféremment sur l'une ou l'autre épaule.

« Il est des cas cependant où la période apoplectique de l'hémorrhagie cérébrale ne se manifeste pas par une flaccidité générale aussi complète. »

Bien au contraire, il y a *de la contracture* dans tout un côté du corps, de *la raideur* et des *spasmes convulsifs* dans le bras et la jambe du même côté, avec tendance à la généralisation à toutes les autres parties du corps.

La contracture précoce ne se produit guère que dans les grands épanchements ventriculaires ou méningés et comporte, par conséquent, un pronostic des plus graves.

En présence d'un sujet plongé dans le coma, dans la résolution absolue, insensible à toutes les excitations extérieures, quel est le moyen de reconnaître qu'il est atteint d'hémorrhagie cérébrale ?

L'âge relativement avancé du sujet est un élément de présomption de grosse importance, mais il est insuffisant dans l'espèce, car certains syphilitiques jeunes peuvent, en particulier, être frappés de cette façon. La soudaineté du début peut servir d'élément d'appréciation, mais outre qu'elle est parfois difficile à déterminer en l'absence de renseignements qui pourront faire défaut, elle ne saurait à elle seule confirmer le diagnostic. Enfin, l'état comateux lui-même ne diffère pas sensiblement, dans l'hémorrhagie, de celui qu'on observe au cours d'autres manifestations dont nous aurons bientôt à nous occuper.

L'élément capital qui permettra de serrer le diagnostic d'aussi près que possible, est tiré de l'investigation thermométrique. Aussi, lorsqu'on est appelé près d'une personne plongée dans le coma, le premier soin doit-il être de se munir d'un thermomètre.

Il résulte, en effet, de recherches longtemps poursuivies à la Salpêtrière par Charcot, Lépine, et surtout par M. Bourneville, que l'hémorrhagie cérébrale se juge d'ordinaire par une courbe thermométrique, sinon invariable, au moins assez constamment la même pour laisser peu de place à une erreur d'interprétation. Au

moment où l'hémorrhagie se produit, la température baisse, elle tombe à 36°, voire même à 35° dans certains cas. Mais cette chute n'est que momentanée, elle dure rarement plus de quelques heures. Aussi, bien souvent, n'arriverez-vous auprès du malade que lorsqu'elle aura déjà disparu, et fait place, au contraire, à une élévation thermométrique. Trois ou quatre heures, sinon plus tôt, après le début de la rupture artérielle vous constaterez déjà 38° à 39°. A ce moment et à ces degrés, la température peut rester stationnaire. Notez-la avec soin et exigez qu'elle soit reprise toutes les deux heures. L'indication pratique du plus haut intérêt qu'elle vous fournira immédiatement est la suivante : au-dessous de 39° vous pouvez espérer la survie, l'espérer d'autant plus que la température se maintiendra à ce taux, ou que dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui vont suivre, elle ne s'élèvera plus ou tendra à s'abaisser.

Mais si, mandé près d'un malade dans les cinq ou six premières heures qui ont suivi l'ictus, on constate que la température avoisine 40° et qu'une heure plus tard elle s'est encore accrue, alors on pourra prédire une issue fatale et rapidement fatale. D'autant que dans ces conditions les 40° sont souvent dépassés et qu'il n'est pas rare d'observer 41°, voire 42° ou même 43°2.

En résumé, au-dessous de 39°, c'est la survie ou tout au moins l'échéance fatale momentanément ajournée ; au-dessus de 39°, la situation est grave ; à 40° et au-dessus, c'est presque fatalement la mort.

Exceptionnellement, chez des sujets très affaiblis antérieurement, il peut se produire une période stationnaire, se prolongeant pendant quelques jours et au bout de laquelle, la mort peut survenir, bien que la température n'ait pas dépassé 38 à 39°.

Mais, si par la température, on peut faire le diagnostic et surtout le pronostic de l'hémorrhagie cérébrale, on ne saurait employer ce moyen pour différencier l'hémorrhagie du ramollissement ; « qu'il s'agisse d'une hémorrhagie ou d'un foyer nécrobiotique en préparation, producteurs de l'apoplexie, la température reste peu élevée dans les cas bénins et s'exalte dans les cas graves. En réalité, d'ailleurs, ce sont là deux lésions de même ordre et sous la dépendance d'une altération vasculaire de même nature : vous devrez chercher ailleurs les éléments d'un diagnostic différentiel qui n'a en vérité, au moment de l'ictus apoplectique, qu'une importance de second ordre. Pendant cette période, d'ailleurs, on n'a à trancher que la question de survie ou de mort, qu'il s'agisse de ramollissement ou d'hémorrhagie ; le thermomètre permet de répondre seulement dans ce sens. On doit tenir compte aussi de quelques signes fâcheux, quand on veut formuler un pronostic complet ; ce sont : la contracture précoce, la contracture extrême des pupilles, lorsqu'elle est persistante, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, c'est-à-dire la tendance de la tête et des globes oculaires à se tourner toujours du même côté, malgré les efforts que l'on fait pour ramener ceux-ci dans la position médiane ou du côté opposé. Ce dernier phénomène surtout est d'un pronostic à peu près fatal : il a aussi une grande importance pour permettre au médecin de diagnostiquer le siège exact de la lésion et le pronostic de l'hémiplégie consécutive, quand celle-ci a le temps de se produire avant la mort. Si la déviation conjuguée se fait à gauche, la lésion cérébrale siège du côté gauche et l'hémiplégie se produira à droite ; en effet, selon la formule consacrée, le malade regarde du côté de sa lésion et l'hémiplégie est croisée.

Un autre signe de gravité a été indiqué par M. Charcot. Il est moins précoce que la déviation conjuguée et que l'ascension thermique, mais il n'apporte pas moins de précieux renseignements pour établir le pronostic, d'autant qu'il coïncide souvent avec une prolongation inusitée du coma. Il consiste dans l'apparition, du deuxième au quatrième jour qui suit l'ictus, d'une plaque d'érythème sur la fesse du côté où existera l'hémiplégie, si le sujet survit. Cette plaque siège sur le milieu de la région fessière et non à la région sacrée, où se montrent d'ordinaire les eschares résultant d'un décubitus longtemps prolongé : elle se couvre rapidement d'une éruption bulleuse, à laquelle succède une tache ecchymotique qui constitue le *decubitus acutus*. Si la survie doit avoir lieu, le décubitus se transforme en eschare, mais il est rare qu'il parcoure tous les stades de son évolution ; le plus souvent, la mort survient dans les deux ou trois jours qui suivent son apparition, d'où la qualification caractéristique, dans l'espèce, d'*ominosus*, que M. Charcot avait attribuée à cette manifestation.

On devra la rechercher avec soin, de même que certaines éruptions pemphigoïdes, qui se montrent ordinairement dans ces cas sur le membre inférieur qui doit être paralysé, aux endroits plus particulièrement soumis à une légère pression, au talon, à la face interne du genou, par exemple. Celles-ci entraînent toutefois un pronostic moins grave que le décubitus acutus proprement dit.

En résumé, voici les diverses indications pronostiques sur lesquelles on doit se baser pour répondre à la question : Le sujet succombera-t-il, oui ou non, à l'ictus apoplectique ?

« Si dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent l'ictus, la température prend une marche ascendante et dépasse 40°, la mort surviendra à brève échéance ; si la température oscille autour de 39° et qu'il existe de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, ou de la contracture précoce, il est probable que le pronostic se jugera de même façon. Si la température reste stationnaire autour de 39° pendant deux ou trois jours et qu'il se montre du décubitus acutus, même réponse.

« Si, au contraire, la température reste au-dessous de 39°, dans les premières vingt-quatre heures, le pronostic est favorable ; à plus forte raison, si elle s'abaisse encore dans les deux ou trois jours qui vont suivre. Le sujet reviendra à lui et la survie aura lieu. Tenez-vous cependant dans une sage réserve pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivront l'ictus, car une seconde hémorrhagie peut alors se produire, ce que d'ailleurs l'élévation thermique vous indiquerait à nouveau. Méfiez-vous aussi, chez les personnes âgées ou très affaiblies, d'une courbe thermique peu accentuée, mais traînante avec prolongation du coma ou d'un demi-coma. Pour que le pronostic soit nettement favorable, il ne faut pas, dans l'hémorrhagie cérébrale, que l'é-

tat comateux se prolonge au delà de quarante-huit heures, et la température doit être redevenue normale ou presque normale, au bout de 4 à 6 jours. »

Ces notions de pronostic s'appliquent à l'hémorrhagie, aussi bien qu'au ramollissement et même à tout traumatisme crânien présumé, à toute tumeur cérébrale, chez des sujets observés pour la première fois, en plein ictus, sans renseignements précis sur l'évolution antérieure de l'affection. Mais, supposons que le malade ait été jugé en état de survivre, il faut encore essayer de prédire ce qu'il deviendra. Restera-t-il paralysé ?

On n'ignore pas, en effet, dans le milieu extra-médical, qu'une attaque dite apoplectique, quelle qu'en soit la nature, laisse après elle, souvent, sinon dans la majorité des cas, des phénomènes paralytiques.

Il faut pouvoir renseigner l'entourage sur l'éventualité probable d'une hémiplégie et de quel côté elle siégera.

« D'une façon générale, vous pourrez répondre beaucoup plus facilement à cette question qu'à celle qui, pendant le coma, concernait la survie. Outre que la réponse engage relativement moins votre responsabilité, vous aurez pour guides un certain nombre de signes objectifs qui laisseront rarement place à l'erreur.

« Examinons attentivement le sujet plongé dans le coma. Lorsqu'il existe de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, nous pourrons presqu'immédiatement répondre que l'hémiplégie siégera du côté opposé à la déviation, si toutefois la grave lésion, dont ce signe est l'indice, permet la survie et, partant, la persistance de l'hémiplégie qui fait bien rarement défaut dans ces cas.

« En l'absence de la déviation, heureusement d'ailleurs assez rare, dans les premières heures qui suivent l'ictus, il vous sera difficile d'être affirmatif. La résolution est complète, absolue, l'insensibilité totale, il n'existe aucune réaction musculaire ni spontanée, ni provoquée ; rien en un mot qui puisse vous guider dans l'appréciation d'une localisation paralytique.

« Il n'en est plus généralement de même après vingt-quatre heures, si la mort ne doit pas avoir lieu, ce qui est le cas qui nous intéresse en ce moment. Divers signes vous permettront alors de sortir de la réserve prudente que vous vous étiez imposée.

« L'examen de la face va prendre une valeur de tout premier ordre. Alors qu'à ce moment les membres supérieurs et inférieurs gisent inertes sans phénomènes réactionnels d'aucune sorte provoqués ou spontanés, on note déjà que la joue et la commissure labiale, d'un côté, sont soulevées par la colonne expiratoire d'une façon un peu différente de celle observée du côté opposé. La joue droite, par exemple, la commissure labiale, la lèvre supérieure se soulèvent davantage : il semble, pour employer une expression consacrée, que le malade fume la pipe à chaque expiration.

« C'est de ce côté que siégera l'hémiplégie, car ce soulèvement passif, comparativement plus accentué que celui qu'on observe du côté gauche, dans l'espèce, indique la présence d'une paralysie faciale, et, s'il peut exister une paralysie des membres supérieur et inférieur sans paralysie faciale, il est exceptionnel dans l'hémorrhagie cérébrale d'observer une paralysie faciale sans hémiplégie. Pour contrôler votre diagnostic, soulevez les membres du côté que vous supposez devoir être paralysé, ils retomberont parfois plus lourdement que ceux du côté opposé. mais ce signe peut être insuffisamment marqué à la période où le coma est encore très profond où la tonicité musculaire n'a pas encore reparu. Il en est de même des réactions douloureuses ou musculaires, que vous chercherez à provoquer, soit en pinçant la peau, soit en enfonçant une aiguille dans les tissus. A cette période, le seul signe vraiment indiscutable à rechercher, c'est la paralysie faciale. » C'est ce signe qui permet de formuler un diagnostic, chez un sujet atteint de coma, pour lequel les commémoratifs manquent. L'épilepsie, l'ivresse donnent lieu à un coma sans phénomènes faciaux, mais en revanche, avec bave sanguinolente, piqueté hémorrhagique du cou et secousses convulsives plus ou moins généralisées.

A côté de l'hémorrhagie et du ramollissement, une autre affection cérébrale peut amener des phénomènes apoplectiques avec coma et hémiplégie : ce sont les néoplasmes encéphaliques, tubercules, syphilômes. « Si le sujet est observé pour la première fois en plein coma et si les renseignements sur son passé pathologique font défaut, le diagnostic sera des plus difficiles. La présence de secousses épileptiformes dans un membre indique seulement que la lésion est localisée en foyer, mais ces secousses s'observent parfois dans certaines hémorrhagies méningées. L'élévation de la température prouve que les centres thermiques sont intéressés, mais leur réaction peut être la même, qu'il s'agisse d'un foyer hémorrhagique ou d'un néoplasme en particulier. Il est donc presque de toute nécessité que vous puissiez acquérir des notions sur l'état pathologique antérieur du malade. Dans l'hypothèse d'un néoplasme, vous apprendrez que, longtemps déjà avant l'ictus, le sujet était tourmenté par des céphalalgies violentes et tenaces, débutant généralement en un point assez *précis du* crâne, toujours le même, avant au moins d'irradier du côté opposé. On vous dira aussi que l'état apoplectique s'est installé pour ainsi dire sourdement, que le malade était depuis quelques jours somnolent, engourdi, indice de la compression cérébrale qui se préparait ; qu'à plusieurs reprises il s'est plaint qu'un côté du corps devenait faible ; enfin, dans d'autres cas, qu'il a vu double ou a souffert d'un affaiblissement de la vue que vous pourrez relier, par l'examen ophtalmoscopique pratiqué au lit du patient, à une névrite optique. Vous chercherez sur le corps les traces de syphilides anciennes ou récentes, si la notion de la vérole n'est pas avérée, en sachant toutefois que la manifestation cérébrale peut être, en dehors de l'accident primitif, depuis longtemps effacé, l'unique révélation de la syphilis.

En résumé, c'est surtout sur la connaissance des phénomènes prémonitoires de l'ictus que vous pourrez baser votre diagnostic différentiel et sur l'envahissement souvent progressif de l'état apoplectique comparé à la soudaineté que l'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale. En dehors de ces notions, il vous sera difficile de

préciser la nature de la lésion causale ; vous devrez vous borner à établir le pronostic qui, de même d'ailleurs que dans l'hémorrhagie, se jugera surtout d'après la marche de la température.

Il est bon d'ajouter que c'est particulièrement dans les cas de néoplasme intra-crânien, qu'on voit l'état apoplectique ou comateux se prolonger bien au delà des limites qui sont de règle dans l'épanchement sanguin. C'est, en effet, dans ces conditions que, par suite des obstacles apportés par la tumeur à la circulation veineuse intra-encéphalique, on note les phénomènes dits de compression cérébrale. La température peut être alors modérément élevée, le danger n'en est pas moins grand, s'il n'est pas aussi immédiat. C'est à ce moment qu'une paralysie localisée, à la face, au membre supérieur ou inférieur, accompagnée ou non de secousses locales d'épilepsie partielle, pourra vous guider au point de vue d'une intervention opératoire.

Les difficultés de diagnostic que nous venons de signaler se montrent également au cours des états apoplectiques ou comateux qui suivent les traumatismes crâniens.

Il est certain que si l'on a assisté à l'accident, s'il s'écoule du sang par l'oreille, s'il existe une plaie ou un hématome du cuir chevelu, à plus forte raison si l'on constate un chevauchement des fragments osseux, on ne saurait se méprendre sur la nature des phénomènes en présence desquels on se trouve. Mais un sujet a pu faire une chute, être assailli au cours d'une promenade nocturne, avoir été alors ramassé dans la rue, conduit à l'hôpital ou transporté inerte à son domicile. Appelé près de lui, on ne possède aucun renseignement, il est dans le coma ; il faut cependant formuler une opinion. S'il a passé la soixantaine, pourquoi ne pas penser à une hémorrhagie cérébrale ? A la vérité, en dehors des lésions extérieures indiquant un traumatisme, que vous devrez toujours rechercher avec soin, de l'écoulement du sang ou même de l'issue de matière cérébrale par l'oreille, les éléments d'un diagnostic différentiel feront défaut. Même dans ces cas, cependant, on pourra formuler une opinion circonstanciée sur le pronostic. Lors de traumatismes crâniens ayant déterminé, par exemple, une fracture dont la réalité objective ne vous apparaît pas évidente, pendant la période apoplectique, le pronostic se tirera encore de l'état de la température. Les règles formulées à propos de l'hémorrhagie cérébrale trouvent donc encore ici leur application.

Le coma dû aux empoisonnements belladoné ou morphinique est très rare ; d'ailleurs, il s'accompagne de dilatation pupillaire énorme et permanente et de troubles cardiaques.

Enfin le coma urémique et le coma diabétique, outre qu'ils ne sont jamais accompagnés de paralysie faciale, se caractérisent par une chute de température permanente 36 et 35 degrés et par la présence de sucre ou d'albumine dans les urines.

II

TRAITEMENT.

Le traitement de l'ictus apoplectique cérébral est malheureusement assez limité. D'aucuns prétendent qu'il consiste à se croiser les bras et à attendre le bon vouloir de la nature, en couvrant son expectation d'une prescription plus ou moins anodine bromo-iodurée. Tel n'est pas notre avis : le médecin peut et doit intervenir efficacement. Quels sont ses moyens d'action ? En premier lieu, la saignée, et surtout, la saignée prophylactique ; en second lieu, la purgation drastique et les révulsifs cutanés énergiques.

La saignée, sur la technique de laquelle nous n'avons pas à revenir aujourd'hui, est une arme précieuse, trop délaissée, pour combattre l'apoplexie encéphalique. Elle est indiquée formellement, chez les artério-scléreux qui ont de la congestion faciale, de la céphalée persistante, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des battements auriculo-céphaliques, pendant le décubitus dorsal ou latéral, des épistaxis faciles. Sans doute, elle devra être précédée d'un examen attentif du pouls au palper et au sphygmomètre, s'il est possible ; le pouls petit, dur et serré, vibrant ou saccadé est évidemment le plus sûr garant de l'excès de tension artérielle et de l'indication d'une saignée. Cette saignée, pour être efficace, doit être suffisamment copieuse, 250 à 300 grammes, et si les phénomènes ne s'amendent pas, au bout de quelques jours, une deuxième déplétion sanguine doit être tentée sans hésitation. Ce n'est parfois qu'à la seconde intervention, que l'on observe l'amélioration, l'on peut même dire la guérison. Enfin, dans quelques cas rebelles et chez des sujets particulièrement sanguins, il n'y a aucun inconvénient à pratiquer une troisième saignée de 300 grammes, environ 6 ou 7 jours après la deuxième. Là, devra s'arrêter l'audace thérapeutique, si elle ne veut pas risquer d'être imprudente et dangereuse.

En ce qui concerne les purgatifs, ils sont indiqués, surtout comme préservatifs, avant l'accès apoplectique, et comme agents de déplétion sanguine chez les sujets jugés trop faibles pour subir la saignée. Nous les trouvons plus fatigants et moins puissants que la saignée, pour la plupart des cas. C'est, en général, à l'eau-de-vie allemande ou teinture de jalap composée, associée au sirop de fleurs de pêcher ou au sirop de nerprun, que l'on a recours. Les lavements purgatifs au sulfate de soude et au miel de mercuriale, peuvent être heureusement combinés avec l'eau-de-vie allemande, pour obtenir des effets plus puissants encore. Mais, ce sont des moyens non renouvelables fréquemment, sous peine de provoquer de l'entérite et de la dysentérie.

Pendant l'ictus apoplectique, le mieux est de pratiquer une bonne saignée et de placer 4 sangsues de chaque côté des oreilles, sur les mastoïdes. En même temps, on sinapise les pieds et les jambes sans relâche et on recouvre la tête de glace concassée ou tout au moins de compresses froides ammoniacales. La vessie et le rectum sont évacués, et on tente l'alimentation par voie rectale, au moyen de lavements nutritifs (œufs, lait, peptone, avec quelques gouttes de laudanum).

Dès que la bouche peut s'entr'ouvrir, on essaie l'alimentation liquide par la bouche.

Enfin, on administre à petites doses de l'iodure de potassium associé au bromure pour diminuer la tension sanguine et l'excitation réflexe des centres nerveux. Il faut surtout s'abstenir d'affusions froides et d'électrisation.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La consultation gratuite dans les hôpitaux

Le Temps raconte, en ces termes, un incident récent qui a fait quelque bruit dans la presse, et qui mérite en effet de ne point passer inaperçu.

A la suite d'une plainte adressée au docteur Napias, directeur général de l'Assistance publique, contre le docteur G. Variot, médecin des hôpitaux, celui-ci vient d'adresser la lettre suivante au docteur Napias :

Monsieur le Directeur général,

Vous avez bien voulu m'envoyer ce matin un inspecteur de l'Assistance publique, pour me demander des renseignements au sujet d'une plainte que vous avez reçue contre moi.

Il s'agit de deux personnes qui se sont présentées à la consultation gratuite de l'hôpital Trousseau avec un enfant, dans le courant de la semaine dernière. Ces dames étaient vêtues avec un certain luxe, et leur enfant ne ressemblait en rien aux petits malheureux de notre clientèle ordinaire ; elles étaient déplacées au milieu des autres femmes.

J'ai demandé à ces dames, si elles étaient indigentes ; elles m'ont répondu que non. Dans ce cas, ai-je ajouté, si vous voulez une consultation, vous allez me verser 20 francs pour les petits pauvres de mon service. Elles ont refusé et sont parties, en tenant des propos inconvenants et en faisant des menaces.

Tels sont les faits. Voici maintenant leur explication : Je me suis fait une règle, pour toutes les personnes n'appartenant manifestement pas à la classe populaire et qui viennent à la consultation, de les éconduire ou de leur demander une petite somme, qui est versée, séance tenante, entre les mains de mon interne. Cet argent est employé par lui pour donner des friandises aux petits convalescents de mon service.

Je ne manque jamais de faire remarquer aux élèves de mon service combien sont blâmables les gens aisés, qui viennent à la consultation des indigents et qui exploitent la charité publique.

Tant que le personnel administratif de l'Assistance publique ne fera pas à la porte de la salle de consultation, le triage des indigents et des non indigents, je suis parfaitement déterminé à agir comme je l'ai fait jusqu'à présent. J'ai la conscience de défendre ainsi les intérêts des pauvres et, en même temps, ceux du corps médical.

Veuillez agréer, etc.,

Dr G. Variot,
Médecin à l'hôpital Trousseau.

« Il est malheureusement vrai que des personnes dans l'aisance, riches même, ne croient pas commettre une indélicatesse, quand elles se présentent à la consultation gratuite des médecins de l'assistance. M. Variot a parfaitement raison de blâmer cet abus et de flétrir ceux qui exploitent scandaleusement la charité publique ; *il n'est pas moins vrai cependant que l'assistance médicale gratuite est due à tous ceux qui la sollicitent.*

« Evaluer la fortune des gens d'après les vêtements qu'ils portent paraît bien hardi ! On exige des petits fonctionnaires, des employés les plus modestes, une tenue extérieure qui est une très lourde charge ; ce bien être, tout apparent, suffit-il pour que les bénéfices de l'assistance leur soient refusés quand ils en ont besoin ?

« *Les médecins des hôpitaux de la ville de Paris, fonctionnaires publics, n'ont pas à rechercher si les ressources du malade qui se présente à la consultation lui permettent ou non de payer les honoraires d'un médecin ; et encore peuvent-ils s'en enquérir par des questions qui mettent en jeu le respect humain ?*

« Nous nous associons pleinement aux sévères critiques de M. Variot, *mais le mal nous paraît hélas sans remède ; c'est une question de conscience !* »

(*Le Temps*).

N'en déplaise à notre confrère de la grande presse, nous nous permettrons de nous élever contre les dogmes qu'il a professés, en appréciant l'acte d'initiative très louable que M. le Dr Variot vient d'accomplir, et que, malheureusement, ses collègues n'imitent pas encore assez ;

Où donc est il écrit que l'Assistance médicale *gratuite* est due à tous ceux qui la sollicitent ?

Parce qu'il plaît à certains, dit-on, de se faire payer en billets de théâtre ou en filets élogieux, la presse en serait-elle venue à croire que l'on a *droit* à nos soins *gratuits*, même quand on peut les rétribuer ?

Il serait grand temps de protester, n'est-ce pas, chers confrères.

Et que doivent dire nos Maîtres, de se voir tous comptés parmi les *fonctionnaires publics*, parce qu'ils reçoivent de l'Assistance les fantastiques honoraires que l'on connaît ?

Et l'interdictiou de se renseigner sur la situation de fortune des malades, par crainte *de froisser le respect humain* ! Décidément, on nous en demande de fortes, en matière de désintéressement et de discrétion.

Quant à désespérer comme cela, du premier coup, avec *Le Temps*, de voir disparaitre les abus signalés et combattus par M. Variot, cela n'est pas dans nos habitudes.

Aux particuliers comme aux collectivités qui nous créent ces ennuis, par *défaut de conscience*, il appartient au corps médical de faire sentir que nos devoirs, très nobles, ne vont pas sans certains droits, très légitimes, celui, par exemple, de ne pas se prêter aux exploitations diverses dont il est l'objet.

Vous verrez, ô *Temps*, que M. Variot finira par faire école, et que la conscience viendra aux gens qui en étaient dépourvus. Nous avons déjà lu des grands journaux, qui n'ont pour lui que des éloges. Que serait-ce si ses collègues s'empressaient de l'imiter ?

D'un précédent, à une règle générale, il y a tout près, quand on veut se donner la peine d'en faire le chemin, et soyez sûr que le corps médical en est bien capable. Vous vous rappelez combien il eût vite fait de retourner l'opinion, dans l'affaire Laporte.

Or ce sera bien plus facile cette fois, si les maîtres suivent le mouvement, car nous n'avons pas ici la magistrature contre nous.

Non, l'assistance médicale *gratuite* n'est pas et ne sera pas due à tous ceux qui la sollicitent, tant que nous ne serons pas devenus des fonctionnaires publics.

Et nous ne le sommes pas ! Et nous ne le serons pas demain ! H. J.

Perception des honoraires et Syndicat

L'avantage de la proposition que je fais et que j'expose à l'examen et à la critique de mes confrères, très certain de recevoir d'eux d'utiles conseils, est, je le répète encore, de substituer la

collectivité à l'individualité, dans l'exigence des honoraires.

Certainement, l'utilité du Syndicat est nulle quand les clients paient bien, mais quand il en est autrement, et c'est le cas le plus fréquent, qui donc contestera la supériorité de l'action collective ?

Est-il besoin de revenir sur le détail des moyens, des ruses dirigées contre notre incurable faiblesse, pour nous frustrer, — hélas ! sans jamais nous abuser ?

Notre faiblesse est telle qu'il est des choses que nous n'osons jamais dire, notamment celle-ci :

« Monsieur ou Madame, ayez donc l'obligeance de me payer la consultation que je viens de vous délivrer. »

Et ce qui est plus invraisemblable, c'est que nous citons comme peu vulgaires les âmes capables d'employer une pareille rhétorique.

Notre éducation est si fâcheuse que, faute de notions bien connues sur la question des échanges, nous nous laissons dépouiller par timidité, par scrupules déplacés.

Je ne connais pas de moyens de remédier à cette infériorité ; notre nature est ainsi faite ; nous ne nous referons pas et, puisque nous déplorons, malgré tout, d'être ainsi grugés individuellement, supprimons cette individualité, cause de maladresses et d'ennuis, et, en ces matières, faisons place au Syndicat.

Le Syndicat osera dire à tous nos aimables fumistes : « Frère, il faut payer » ; et il expliquera qu'il désire que ce geste soit prochain, en raison de la marche ininterrompue des jours et des prescriptions d'honoraires qui suivent cette marche. Et, comme le Syndicat n'est pas un intermédiaire entre le client et le médecin, mais une partie réglant son affaire au mieux de la justice avec l'autre partie, il nous débarrassera des sollicitations, des récriminations de la perte du temps, de l'odieux marchandage, et enfin de l'avilissement de notre personnalité et de notre profession où aboutit tout celà.

***

C'est donc le syndicat qui touche, atermoie, poursuit, et qui prend la responsabilité de l'attitude. — Nous, médecins, ça ne nous regarde pas. Nous avons remis notre note au Syndicat, il ne nous appartient plus, en raison de nos engagements réciproques, d'y toucher. Cette note est la chose du Syndicat,

Il serait exagéré de penser que, de ce fait, le coulage sera supprimé radicalement de notre groupe, mais il est rationnel de croire que le coulage sera limité et réduit à ses proportions les plus restreintes.

Dès qu'une contestation intervient et qu'après avoir pesé le cas, en toute sagesse, le Syndicat déclare la guerre, tous ses membres en sont informés et personne ne donnera des soins à la personne mise en quarantaine, qu'après paiement des honoraires dus.

La certitude d'acquérir une notoriété de cet acabit retiendra beaucoup d'hésitants, sur la pente de la canaillerie, et c'est ici ou jamais le cas de répéter cet aphorisme : « La crainte de l'huissier est le commencement de la vertu. »

Et l'on peut encore aller plus loin et signaler à tous, ainsi que font les philatélistes, sur leur journal, le nom des griveleurs endurcis.

Et comme le public, incapable de juger de la valeur d'un homme autrement que par des signes ostensibles, n'apprécie jamais un médecin que sur le cas qu'il fait de lui et les honoraires qu'il exige, ce public nous considérera d'autant plus qu'il nous aura mieux payés.

Ceci nous permettra en outre d'établir un tarif minimum des prix que nous devons demander pour certains services. Difficilement vous ferez entendre à un malade, doué d'une intelligence ordinaire et, partant, du désir de payer peu, ou même de ne rien payer du tout, qu'il y a, entre la réduction du maxillaire inférieur et une consultation courante, une marge pouvant aller de quelques unités à quelques centaines de francs. Même chose pour les pansements et autres menues interventions, contre les prix desquelles le public ne manque jamais de se récrier.

Qu'est-ce qui nous empêchera, un jour, de faire, de par le Syndicat, comme nos confrères de Lyon, et de majorer nos prix ordinaires pour les visites exigées à heure fixe, pour ceux qui abusent de notre politesse pour nous retenir chez eux hors des limites du temps nécessaire, qui nous font passer en revue — pour le même prix — toute une race, et qui, enfin, nous appellent en toute hâte, toute affaire cessante, à l'heure de notre repos ou quand, le soir, nous croyons passer avec les nôtres quelques heures de calme et de joie ?

***

Avec la lumière qui se fera sur l'étroite façon, dont nous dependons les uns des autres, pour nos intérêts matériels, comment, comme conséquence dernière, ne pas arriver à voir que la même solidarité nous unit dans toutes les conquêtes morales que nous poursuivons et ne pas aboutir, un jour, à l'union, à la confraternité qui sont les vraies barrières à opposer au public qui nous exploite, nous bafoue, et qui tire parti de toutes les occasions que lui offrent nos divisions pour nous humilier davantage ?

J'entends déjà l'objection, la grande objection :

« Vos vœux resteront toujours chimériques et ne pourraient réussir qu'à la condition d'une entente générale. Mais cette entente... »

Cette objection a pour moi la même valeur que celle-ci, qu'on adresserait à un homme poursuivant la richesse sou à sou, pièce à pièce :

« Mon cher ami, vous ne ferez fortune qu'à la condition d'avoir acquis un million. Mais ce million... »

Mais, voyons, l'entente générale n'est-elle pas la réussite absolue ? Le million, la fortune ?

Non, ce sont nos revendications, poursuivies patiemment, qui formeront le terrain sur lequel se fera peu à peu notre entente et notre groupement plus nombreux.

C'est individualité par individualité, que l'œuvre grossira, c'est pied à pied, et sans haines et sans violences, que le Syndicat affirmera son rôle. Déjà, si cette question a le vœu du Syndicat, nous serons une cinquantaine de praticiens pour commencer. Et ce chiffre est assez respectable pour nous assurer une supériorité sur tous les confrères qui, hostiles, railleurs ou dédaigneux, s'isolent de nous ; car le but poursuivi dans la défense du patrimoine médical est ma-

tériel et moral et pour ces raisons nous pouvons compter sur l'incessante venue au Syndicat de tous ceux qui ont un intérêt matériel ou moral à défendre dans la famille médicale : finances, traditions, honneur professionnel.

Dr G. ROLLAND.

(In *Défense médicale de Bordeaux.*)

CORRESPONDANCE

La raison d'être du Sou médical.

G..., 27 *sept.* 1898.

Très honoré Confrère,

En ma qualité de membre de la Société civile du Concours médical, je vous demande le renseignement ci-après :

J'ai été obligé de poursuivre un client, devant le juge de paix, en recouvrement de la somme de 236 fr.; ce client riposte par demande reconventionnelle de 5,000 francs, m'accusant d'être l'auteur de la mort de son enfant et de sa femme, décédée il y a plus d'un an, pendant le travail de l'accouchement. De plus, il a porté une plainte contre moi, au procureur de la République, dans laquelle sont formulées les mêmes accusations fermes que ci-dessus.

Je dois ajouter que ce client n'est que l'instrument d'un confrère, qui cherche à me nuire par tous les moyens.

En présence de *pareilles calomnies* qui ne laissent pas de me porter un *grand préjudice* au profit de ce fameux confrère, je me demande si je ne suis pas en droit d'intenter un procès en diffamation et dommages-intérêts à ce client. Veuillez, je vous prie, très honoré confrère, me donner quelques indications à ce sujet et m'envoyer, en même temps, les statuts du « Sou médical » ; je serais désireux de faire partie de cette œuvre de prévoyance, et de défense professionnelle.

Veuillez agréer, etc. Dr O.

N.D.L.R. Si notre confrère s'était fait inscrire comme membre du *Sou médical* (il doit bien en connaître le principe et le fonctionnement, puisqu'il a reçu tout ce que le *Concours* a publié à ce sujet), nous lui répondrions ceci : « Veuillez nous faire parvenir : 1° un exposé *précis* et *détaillé* de ce que fut votre intervention, dans l'accouchement qui s'est terminé malheureusement, et de ce qui s'est passé depuis cette époque entre vous et le mari ; 2° la note détaillée des honoraires que vous demandez (le total étant supérieur à 200 fr., le juge de paix est incompétent) ; 3° une copie de la plainte au procureur de la République ; 4° l'exposé des motifs de la demande reconventionnelle. Quand vous nous aurez fait tenir ces documents, nous prendrons l'avis du Conseil judiciaire, et nous vous dirons pour quel acte le Concours moral et pécuniaire du *Sou médical* vous est acquis.»

Trois choses sont, en effet, en question dans cette affaire aussi regrettable qu'intéressante.

1° Le recouvrement des honoraires ; 2° la responsabilité médicale ; 3° la réparation du préjudice causé par une accusation. Il faut être éclairé sur tout cela si l'on veut donner un avis utile et engager, sans scrupule, le crédit de la Société.

Malheureusement notre correspondant a fait comme ces confrères qui se décident à entrer dans l'Amicale... le jour où ils tombent malades, c'est-à-dire quand les statuts ne le permettent plus, étant ceux d'une œuvre de prévoyance ; et le *Sou médical*, ne couvrant que ses membres, se trouve empêché d'intervenir *immédiatement*, ici, quelque vif désir qu'il en ait.

Pour cette fois encore, nous devons donc nous contenter, nous Concours médical, de dire à notre correspondant :

« Si vous vous sentez bien à l'abri du côté responsabilité médicale, portez votre réclamation d'honoraires devant le tribunal civil, seul compétent. Ensuite, vous basant sur l'appréciation qu'il aura fait des motifs de la demande reconventionnelle, vous jugerez s'il est opportun de poursuivre en diffamation et en dommages-intérêts. Mais vous courez, en tout ceci des risques pécuniaires, dont le *Sou médical* eût pu vous décharger. »

BULLETIN DES SYNDICATS
et des Sociétés locales.

I

Syndicat médical d'Indre-et-Loire.
(14 février 1898.)

Étaient présents : MM. Thomas, Président ; Lapeyre, Archambault, Foucher, Guertin, Faucillon, Delaittre, Grasset, de Grailly, Boureau, André, Tulasne (Cinq-Mars), Tulasne (Montlouis) Chaumier, Gibotteau, Bailliot, Robert, Lieffring, Meunier.

Se sont excusés : MM. Grodvolle, Fischer, Herzemberg, Gillés, Stecewicz, Parisot.

Deux nouveaux membres, MM. Degail (Langeais), André (de Tours), sont d'abord admis à l'unanimité. Puis le Président donne lecture d'une lettre par laquelle M. Thierry donne sa démission de Secrétaire adjoint. Absent, lors de la dernière réunion, il ne peut accepter le poste auquel l'ont appelé ses confrères.

L'élection d'un nouveau Secrétaire-adjoint est fixée à la prochaine séance.

M. Chaumier, ancien Secrétaire général du Syndicat, est, à l'unanimité, sur la proposition du Président, nommé Secrétaire honoraire.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Royer-Collard, qui se plaint d'un confrère. Le confrère sera entendu par le bureau.

Sociétés de Secours mutuels.

Puis M. le Président signale à ses confrères la circulaire adressée à toutes les Sociétés de secours mutuels par M. Barthou, Ministre de l'Intérieur.

Il est décidé que le bureau, s'appuyant sur les termes très nets de cette circulaire, demandera aux Sociétés de secours mutuels de Tours la liste de leurs membres, pour faire ses observations, s'il y a lieu.

M. de Grailly demande, à ce propos, que le Syndicat écrive à la Société de secours mutuels de Rochecorbon que, désormais et conformément à la nouvelle loi, les médecins de Vouvray ne fourniront plus de médicaments aux Sociétaires.

La demande avait, du reste, été déjà formulée à la dernière séance par son confrère de Vouvray, M. le Moine. MM. H. Thomas et Chaumier répondent que le Syndicat ne peut invoquer la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie, car

celle-ci n'est pas encore votée. Les médecins de Vouvray ont parfaitement le droit de fournir des médicaments à Rochecorbon.

M. de Grailly retire sa proposition et déclare qu'à la prochaine séance, il demandera, après entente avec son confrère, l'aide du Syndicat, pour le relèvement des prix actuels.

Déontologie.

Deux rapports sont présentés par le bureau sur les cas de médecins du département engagés dans de regrettables conflits confraternels.

L'une des affaires présente une gravité très grande; le Syndicat prononce, à l'unanimité, l'interdiction pour ses membres d'accepter toute consultation avec les médecins incriminés.

Ordre des médecins.

Le principe de la création d'un Ordre des médecins est ensuite voté à l'unanimité par l'Assemblée.

Caisse de défense.

Le vote d'une somme de 50 à 100 francs pour la Caisse de défense de l'Union des Syndicats, proposé par M. Herzemberg, est refusé à la majorité des membres présents.

Assistance médicale.

M. de Grailly fait remarquer les anomalies du tarif de la médecine gratuite ; il soigne un malade à 2 kilom. 500, il réclame 1 fr. 50, puisqu'il est en dehors du rayon de 2 kilom. La Commission refuse sous prétexte qu'il faut que le troisième kilomètre soit complet.

Personnellement, M. de Grailly a eu gain de cause, grâce au maire de la commune ; mais la Commission départementale n'en est pas moins singulière.

M. Chaumier, qui fait partie de la Commission, explique que, lorsque la municipalité ne proteste pas, la Commission ne fait aucune objection.

M. de Graily se plaint, en outre, qu'il soit exigé du médecin de faire des ordonnances sur un bulletin spécial que le malade doit aller chaque fois chercher à la mairie.

L'ennui est considérable pour le médecin et pour le n alade.

Le contrôle est nécessaire, soit ; mais il pourrait être moins vexatoire pour le médecin.

La séance est levée à midi et un banquet réunit à l'hôtel du *Faisan* les membres présents.

II

Syndicat des médecins de l'Ile de la Réunion

La troisième assemblée générale du syndicat des Médecins de l'Ile de la Réunion a eu lieu le 23 août, à l'Hôtel de Ville.

Cette réunion, contrariée par le mauvais temps et plus encore par la mort inattendue du docteur Richard, Président d'honneur du syndicat, n'en avait pas moins réuni la majorité des membres de cette Société.

Après une allocution du Président sortant, résumant les actes principaux accomplis par le syndicat, pendant l'année qui vient de s'écouler, on a vérifié les comptes du Secrétaire-Trésorier qui ont été approuvés.

On a procédé ensuite à l'admission du docteur Manès qui a été nommé membre du Syndicat à l'unanimité et aussi à l'élection d'un nouveau Président d'honneur, en remplacement du regretté docteur Richard. C'est sur le docteur Vinson que s'est porté le choix de ses confrères.

Tous les membres de l'ancien Bureau ont ensuite été réélus à l'unanimité.

Le Bureau du Syndicat reste donc ainsi composé pour l'année en cours :

Président : docteur Mac-Auliffe.
Vice-Président : docteur Isautier.
Secrétaire-Trésorier : docteur Vahé.
Membres assesseurs : Dr Azéma et Dr Auber.

Diverses propositions ont été ensuite prises en considération, parmi lesquelles il faut signaler :

1° la création d'une société de médecine et de chirurgie annexe du syndicat médical, qui permettra aux membres du syndicat de se rencontrer plus fréquemment et de se communiquer les observations médicales et chirurgicales qu'ils auront faites dans leur clientèle et qui pourraient être utiles à la science médicale ; un bulletin des travaux de cette société serait publié ;

2° le vote d'un secours de 150 francs en faveur de la veuve d'un confrère.

Après ce vote, auquel les médecins syndiqués ont regretté de ne pouvoir donner plus d'importance, vu l'exiguïté de leurs ressources, la séance a été déclarée levée.

Une prochaine réunion aura lieu en octobre, à l'effet d'établir les statuts de la nouvelle société projetée. Cette réunion sera suivie d'un banquet confraternel, qui réunira tous les médecins adhérents.

REPORTAGE MÉDICAL

La situation des docteurs et internes dispensés par l'article 23 et ayant bénéficié de la réforme temporaire. — Le Conseil d'État vient de décider que, si ces confrères, sont jugés aptes au service au terme de leur congé de réforme, il leur restera, jusqu'à 29 ans, l'obligation de compléter une année de service militaire.

La Caisse d'indemnité maladie de l'Association des médecins du Rhône. — Elle a tenu sa première assemblée générale le 23 juillet 1898. Soixante et un membres s'y sont inscrits à cette heure. Ses recettes actuelles, pour trois semestres, sont de 7206 fr., 40 grâce à une somme de 450 fr. versée par trois membres honoraires. Elle n'a eu encore à payer que pour 23 jours de maladie, soit 230 fr , ce qui laisse son présent avoir à 6.976. fr. 40.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Drouault, de Villemomble (Seine), membre du Concours Médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4299. — M. le Docteur Roques, de Cannes (Alpes-Maritimes), présenté par M. le Docteur Duchein, de Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 43 22 OCTOBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Assemblée Générale du 20 Novembre

Le Conseil de Direction a fixé, au Dimanche 20 novembre, l'Assemblée générale du Concours Médical.

Au banquet confraternel qui la suivra, peuvent participer, en même temps que les membres du Concours, les médecins qui font partie de la *Caisse des Pensions*, de l'*Amicale*, du *Sou Médical*.

A PROPOS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La démarche, projetée par le Conseil de Direction, a été faite le jeudi 6 octobre.

Des éclaircissements, qui nous ont été gracieusement donnés, il résulte :

1° Que la Commission extra-parlementaire du Ministère du Commerce a reçu un mandat limité, visant surtout la réglementation des conséquences de la loi, en ce qui concerne Sociétés de Secours mutuels, compagnies d'assurances, etc... ;

2° Qu'il serait hors de sa compétence d'édicter quoi que ce fût se rapportant au rôle des médecins dans l'application de la loi ;

3° Que si l'article 1er énumère peut-être incomplètement les professions visées, le médecin sera toujours assez édifié, puisque la demande d'un certificat lui prouvera que le patron est tenu à la déclaration ;

4° Que nous avons bien interprété le texte de la loi, en disant que nos certificats ne seront pas gratuits ;

5° Que les uns nous seront payés par le chef d'entreprise ou les Sociétés d'assurances, et les autres par l'enregistrement, comme des actes médico-légaux ;

6° Que notre créance d'honoraires est garantie comme l'indemnité, et que son recouvrement s'effectuera suivant les règles du droit commun.

Nous avons donc acquis le droit à la tranquillité, sur les premiers points qui avaient inspiré des craintes.

Tous nos efforts doivent converger désormais vers la suppression du 2e paragraphe de l'article 4 (soins au tarif de l'Assistance médicale), et il importe de commencer au plus tôt la campagne contre cet incroyable déni de justice, que 100 médecins, membres du Parlement, ont laissé passer sans protestation ! ! !

Conseil de Direction.

PROPOS DU JOUR

L'actualité médico-mutualiste.

Les grandes assises de la mutualité, qui se sont tenues dernièrement à Reims, ont bien voulu s'occuper de la question médicale.

Nous étions curieux de savoir si la conciliation, tentée près de la *Ligue*, y manifesterait ses effets.

Eh bien, ceux d'entre nous qui croyaient pouvoir l'espérer, ont dû être fort déçus.

Réduire au nombre strictement nécessaire les médecins des sociétés, contrôler rigoureusement leurs prescriptions, rejeter comme monstrueuse et illégale, malgré la circulaire Barthou, notre prétention de faire rayer les membres aisés ou riches : telles sont les conclusions adoptées.

Pour nous, il ne pouvait pas en être autrement. Ces collectivités ont fait leur fortune à nos dépens : elles ne renonceront jamais, de gaieté de cœur, à la ligne de conduite qui, seule, leur *semble* bonne pour conserver la prospérité, ou l'accroître encore, aussi rapidement qu'abusivement.

Il faut que nous fassions nous-mêmes la révolution nécessaire. Dans certaines localités de France, nos confrères ont déjà suivi le conseil formulé par le *Concours* en 1894. Ils ont dit : « Voici la liste des membres de la société. Les « noms que nous marquons d'une croix sont « ceux d'ouvriers et de petits employés, dont l'es- « prit de prévoyance nous touche, et nous ferons « en faveur de ceux-là une remise de 25 % sur « notre tarif minimum. Nous ne connaissons les « autres que comme des clients ordinaires, et, si « vous tenez à payer nos honoraires pour eux, « vous les payerez au tarif de leur condition so- « ciale. C'est à prendre ou à laisser.

De la sorte, sans se préoccuper de savoir si le bureau de chaque société avait le droit de prononcer des radiations, ils ont opéré la sélection eux-mêmes et déterminé la limite des sacrifices qu'ils voulaient s'imposer. Et il est arrivé, après plusieurs années d'expérience, que les Trésoriers ont constaté l'avantage de la mesure ; car c'était le sociétaire aisé qui abusait du médecin, du pharmacien, et au besoin de l'indemnité.

Telle est donc l'attitude qu'il convient de prendre partout. Plus de traités, plus de pourparlers ; application d'une régle générale, qui nous rendra l'indépendance.

Nos confrères belges, entrés, après nous, dans cette voie, y ont marché à grands pas, et sont à la veille du succès complet.

Il est bien de les féliciter : il sera mieux de suivre leur exemple, surtout au moment où la loi sur les accidents du travail nous tend un nouveau piège, sous le couvert de la mutualité.

Il n'y a plus d'atermoiements possibles ; tous les médecins commencent à s'en apercevoir.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Transmission des maladies contagieuses par les insectes.

M. le Dr *Joly*, de Bordeaux, vient d'étudier, dans sa thèse inaugurale, le rôle considérable que, selon lui, jouent les insectes dans la transmission des maladies contagieuses.

Il est bien démontré que les mouches vulgaires, non armées, peuvent mécaniquement, passivement, transporter certains germes qui se développent quand ils trouvent une porte d'entrée favorable. Il en est ainsi pour le charbon, l'ophtalmie d'Egypte, le bouton de Biskra, la morve dans certaines conditions. Ces procédés ne sont assurément pas les plus fréquents, mais peuvent s'observer. D'ailleurs, M. Joly a fait des expériences démontrant que l'on trouvait sur les pattes de mouches quantité de germes, streptocoques, staphylocoques, etc.

Dans ce cas, il s'agit de transports par animaux vivants : ce transport peut aussi se faire par les animaux morts.

M. Joly a vérifié que les mouches vulgaires absorbent les bacilles et sont susceptibles ensuite de déverser leurs ordures pathogènes sur les aliments, ou tombent elles-mêmes dans les liquides de boisson. Dans les poussières se rencontrent les restes pulvérulents de mouches mortes après avoir ingéré et transporté jusqu'au lieu où elles gisent, les agents infectieux. Les microbes, surtout ceux de la tuberculose, peuvent très bien résister à la dessiccation du cadavre des mouches.

Dans le même ordre d'idées, M. Yersin a constaté que beaucoup de mouches crevées dans son laboratoire, contenaient le bacille de la peste et que, par conséquent, ces animaux pouvaient facilement aller infecter les eaux de boisson. Mais cette transmission médiate des maladies par les insectes a surtout été soigneusement étudiée à propos de la filariose. On sait, en effet, que la filaire du sang, dont les embryons envahissent les capillaires sanguins, est puisée directement dans la circulation par les moustiques, subit diverses transformations dans le corps de ces animaux, qui vont ensuite pondre et mourir sur l'eau, lui livrant et ses œufs et les larves de filaires qu'ils contiennent. Celles-ci peuvent être alors ingérées par un animal ou par un homme, prennent chez ce nouvel hôte la forme adulte, s'y accouplent vraisemblablement, donnent naissance à des embryons qui se répandent dans le système vasculaire où de nouveaux moustiques viendront les chercher et le cycle recommencera.

Le moustique joue donc un rôle considérable dans la pathologie exotique, car c'est à la filaire que sont dus l'hémato-chylurie, l'hématurie, l'éléphantiasis des Arabes, peut-être aussi le craw-craw et la maladie du sommeil. On soupçonne également le moustique de transporter la malaria : on a remarqué, en effet, que partout où existe le paludisme, existe aussi le moustique et que l'un et l'autre disparaissent souvent en même temps sous l'influence de la culture et du drainage. Ce serait encore par l'intermédiaire de l'eau que se ferait cette propagation.

Les insectes interviennent encore, directement, dans la production d'inflammations vulgaires comme celles qui se produisent par la piqûre de la puce, etc.

Les moustiques pourraient peut-être agir aussi directement par piqûres pour la propagation de la malaria portant directement du sol à l'homme le germe de la maladie. La fièvre jaune semble se comporter, comme la malaria, au point de vue de l'infection.

Un point important qui résulte des recherches

de M. Joly, c'est que les punaises, quoi qu'on en ait dit, ne semblent pas susceptibles d'inoculer directement la tuberculose. Par contre, elles peuvent jouer souvent le rôle d'agents passifs de transport pour les microorganismes.

On voit donc, d'après l'importance que prennent les insectes dans la propagation des maladies virulentes ou parasitaires, combien il est capital de les détruire le plus efficacement possible. M. Joly recommande dans ce but l'emploi du formol en vapeurs dans les appartements et en lotions, dans les phthiriases et acariases.

Traitement des otites suppurées par l'acide picrique.

M. le Dr *Lacroix*, notre distingué collaborateur, vient de trouver à l'acide picrique une nouvelle application. Il recommande, en effet, dans les *Archives internationales de laryngologie*, l'emploi de l'acide picrique dans les otites moyennes suppurées déjà anciennes et ne présentant plus de phénomènes aigus depuis longtemps.

Les formules employées sont de deux ordres : d'abord la solution aqueuse, au centième, ou à saturation (un pour quatre-vingt-sept) ; puis la solution hydro-alcoolique, que l'on peut prescrire de la façon suivante :

Acide picrique....	0 gramme	20 centigram.
Alcool à 90 degrés	3 grammes	
Eau distillée.....	20 grammes	

F. S. A.

Instiller, matin et soir, XX gouttes tièdes et conserver 5 minutes dans l'oreille en penchant la tête sur l'autre épaule. Il est bon, avant de relever la tête, de placer dans le conduit un tampon d'ouate pour absorber le liquide et l'empêcher de couler sur la conque qu'il colorerait en jaune.

Quelle que soit l'abondance de la suppuration, quel que soit l'état de l'oreille, voici ce que l'on observe généralement après quelques jours de l'emploi de l'acide picrique : la peau du conduit devient sèche et se recouvre de squames. Les mêmes phénomènes se produisent dans la caisse et on voit la muqueuse de l'oreille moyenne se sécher et se couvrir également de débris épidermiques, parfois abondants.

Il en résulte qu'il faut faire des lavages copieux pour bien déterger l'oreille. Lorsque les instillations sont faites soigneusement, plusieurs semaines de suite ou parfois quelques jours seulement, il se produit ou une amélioration considérable, quelquefois même la guérison, ou un résultat absolument nul, ce qui est rare, ou des phénomènes d'intolérance. Ces derniers consistent dans du gonflement et de la rougeur, lesquels disparaissent aussitôt qu'on supprime le médicament. Aussi faut-il éviter son emploi, toutes les fois que l'oreille malade paraît un peu irritable.

Quand doit se lever une accouchée ?

Cette question a été souvent agitée par les accoucheurs. Actuellement, presque tous conseillent de faire lever l'accouchée le plus tard possible, c'est-à-dire après trois semaines, souvent plus, jamais moins. Autrefois, on était moins timoré, les anciens accoucheurs permettaient de se lever après une semaine environ. Ils ne conseillaient un plus long séjour que dans les accouchements laborieux, en cas de fièvre, ou encore chez les anémiques.

M. le Dr *F. Regnault* fait observer dans le *Correspondant médical* que cette pratique a persisté dans les maternités de nos hôpitaux où les accoucheurs même qui défendent à leurs clientes de la ville de se lever avant le 21e jour, par une singulière inconséquence signent l'exeat des accouchées après huit à dix jours. Le terme de dix jours est celui fixé d'un commun accord par l'administration et les médecins pour les femmes qui vont accoucher chez les sages-femmes agréées de l'administration de l'assistance publique de Paris.

Malgré ces inconséquences, les accoucheurs invoquent une foule de raisons pour le maintien au lit des accouchées pendant trois semaines.

La plus importante est la grosseur de l'utérus qui ne régresse, pour atteindre le pubis, qu'à la troisième semaine. Tarnier, dans son traité d'accouchements, menace d'accidents graves : métrite, phlébite, prolapsus, rétroversion utérine, métrorragies, etc., etc., les femmes qui se lèvent prématurément.

Toute la question est de savoir si le fait de se lever peut empêcher la régression utérine. La physiologie, au contraire, nous dit que des contractions modérées des muscles abdominaux seront évidemment favorables à la circulation sanguine des organes, tandis que le repos amène la laxité des tissus et favorise les ptoses. Cette constatation de l'utilité des exercices, faite pour un grand nombre de maladies, serait-elle fausse pour les accouchées ?

Le docteur Charpentier, dans son traité d'accouchements, note que les accouchées qu'il fit lever de bonne heure au 5e et 6e jour virent au bout d'un ou deux jours diminuer plus rapidement les dimensions de la cavité utérine, que celles qui étaient restées au lit.

De plus, les femmes voient souvent diminuer la sécrétion mammaire. Celle-ci, comme toutes les sécrétions organiques, exige, pour être abondante, un exercice modéré. La femme condamnée au lit voit son lait monter en quantité médiocre les six ou huit premiers jours, puis diminuer et se tarir dans cette immobilité forcée qui lui interdit même de lever les bras et de s'asseoir sur son lit.

En somme, la pratique de forcer les accouchées à garder le repos absolu pendant trois semaines est, en général, mauvaise. « Elle n'est fondée sur aucun principe de physiologie, car celle-ci montre au contraire qu'un exercice modéré ne peut que favoriser la régression utérine ; elle a eu la conséquence désastreuse de favoriser l'industrie des nourrices, car elle amoindrit la sécrétion lactée.

« Il faut revenir aux anciennes pratiques qu'ont d'ailleurs sagement conservées nos maternités. Permettre aux accouchées de se lever du 8e au 10e jour. Ne prolonger le séjour qu'en cas de crainte de complications : chez une femme qui aurait soit quelques poussées fébriles, soit des lochies fétides et abondantes, soit quelques pertes de sang. Surveillez du reste, les premiers jours du lever ; ne permettez aucune fatigue ; que les premiers pas ne soient consacrés qu'à aller s'étaler sur une chaise longue ; ne permettez l'exercice

que progressivement, à mesure que vous verrez l'utérus régresser, ce qu'il fera plus vite que dans un repos absolu.

« Tout médecin qui adoptera cette conduite avec prudence, s'attachant à dissiper les craintes de l'entourage, suivant pas à pas les progrès de la convalescence, verra celle-ci s'accélérer, l'appétit revenir plus vite, les fonctions digestives se régulariser, la constipation favorisée par le repos, céder ; l'utérus régresser. L'accouchée vous saura un gré infini de lui avoir évité ces ennuis et de ne pas avoir tari son lait par un repos aussi absurde que préjudiciable. »

Les applications de blanc d'œuf en dermatothérapie.

D'après M. le Dr Lewith, de Littau, le blanc d'œuf étalé sur la peau où, après dessiccation, il forme une pellicule fine et adhérente, calme très bien le prurit et les phénomènes inflammatoires, liés aux différentes affections cutanées.

Le malade peut faire lui-même ces applications, pour lesquelles il y a lieu de procéder comme il suit : après s'être lavé les mains, on vide un œuf de poule, on verse le blanc dans un petit verre en ayant soin de le bien agiter avec le doigt afin de lui donner une consistance homogène, puis on en étale, toujours avec le doigt, une mince couche sur les parties malades et on l'y laisse sécher. Il se forme alors un enduit protecteur qui exerce sur la peau sous-jacente une certaine compression. Cette pellicule se déchire assez vite, surtout aux régions où les contractions musculaires sont fréquentes, à la face par exemple ; mais il est facile de remédier à cet inconvénient en faisant une nouvelle application de blanc d'œuf.

Ce serait surtout dans les eczémas généralisés que les applications de blanc d'œuf rendraient des services.

Rôle du médecin dans la fièvre typhoïde.

Pour M. le Dr *Lancereaux*, l'hygiène à prescrire, dans les cas de fièvre typhoïde, consiste à donner de l'air et de la propreté. Le malade doit être dans une pièce vaste, aérée, pourvue des meubles indispensables, entretenue en parfait état de propreté. Lui-même sera l'objet d'une minutieuse propreté ; de grandes irrigations de la bouche, du pharynx, des yeux, des oreilles, du nez, de l'intestin seront faites journellement.

Le régime n'est pas moins important que l'hygiène. La maladie est longue, il faut alimenter le malade, malgré les hautes températures, avec du lait servi par petites quantités à la fois, régulièrement toutes les deux heures. On pourra lui donner, dans de l'eau, du cognac, du café surtout, qui sont diurétiques, qui agissent sur le système nerveux, de l'eau alcaline. Le malade boira à sa volonté ; la grande quantité de boisson prise augmente la diurèse et facilite l'élimination des substances nocives. Les œufs, les laits de poule, les potages maigres, avec un jaune d'œuf, forment le complément nécessaire du régime lacté. Si le malade a été bien nourri, il arrive à la fin de sa fièvre, sans complication d'escliares, d'abcès, de broncho-pneumonie, de pneumonie.

Le *traitement* ne saurait être systématique. Dans la fièvre typhoïde, comme dans toute maladie générale, la seule méthode thérapeutique rationnelle, c'est celle des indications. Il faut savoir ne rien faire ; le meilleur médecin, comme le meilleur accoucheur, est celui qui sait attendre.

Dans la première période de la fièvre typhoïde, on doit uniquement veiller à ce que le malade reste dans un état de stupeur légère avec une température de 39 à 40°. S'il y demeure, inutile d'intervenir. En cas d'insomnie, de céphalée intense, on peut donner du chloral, du sulfonal, de l'opium. Si la température dépasse le degré voulu, s'il survient de l'agitation, du délire, on peut recourir soit à l'antipyrine administrée le soir à la dose de 2 à 3 grammes, soit aux bains tièdes (28°C), aux ablutions alcoolisées, soit encore à la teinture de digitale seule ou associée au laudanum à la dose de 1 gr. 50. Les bains froids sont plutôt réservés pour vaincre l'agitation.

En cas d'*adynamie*, il faut pratiquer des frictions alcoolisées, faire prendre de l'alcool, du café, du thé, de la liqueur d'Hoffmaun, de l'acétate d'ammoniaque. Il faut éviter le chloral s'il y a épuisement nerveux.

Pendant les deux derniers septénaires, les accidents thermiques et les accidents nerveux seront combattus par les mêmes moyens, que nous venons d'indiquer.

S'il y a du *météorisme*, mauvais signe indiquant la paralysie de l'intestin, donner des lavements froids, de la glace.

S'il y a *constipation*, purgatifs légers, salins, du sulfate de soude, de magnésie, des eaux purgatives salines, ou des lavements purgatifs au sulfate de soude et aux follicules de sené, au miel de mercuriale.

Si la *diarrhée* est trop abondante, la craie, le sous-nitrate ou le salicylate de bismuth, le charbon seront utiles.

C'est dans les deux derniers septénaires, que se produisent les graves complications.

En cas d'hémorrhagie intestinale, dix gouttes de perchlorure de fer dans un lavement de 120 grammes d'eau, avec dix gouttes de laudanum, ou bien, un suppositoire :

Extrait de ratanhia	1 gr.
Beurre de cacao	3 gr.

Si les hémorrhagies viennent de l'intestin grêle, repos absolu, injections sous-cutanées d'une solution d'ergotine.

En cas de péritonite, le repos absolu est de rigueur ; on doit donner l'opium à haute dose, dix centigrammes d'extrait thébaïque par jour, par pilules de 0,01 centigram. toutes les heures. Les cataplasmes chauds sur le ventre sont préférables à la glace. Si la douleur est trop violente, on fait une piqûre de morphine de un demi-centigramme.

C'est à l'époque des grandes oscillations de température, indiquant des résorptions intestinales et la chute des eschares, que l'on a quelque raison d'employer des antiseptiques intestinaux, le benzonaphtol, le charbon, le salicylate de bismuth.

Au cours des deux derniers septénaires, peuvent éclater de grands troubles du côté des poumons, du rein, du foie, du cœur. On les traitera suivant les indications, par les ventouses, l'ipéca qui fait expectorer et combat les congestions, les bains quand existera un état nerveux, — par les purgatifs ordinaires, l'ipéca s'il y a tendance au vomissement urémique, le

lait, les diurétiques, — par le sulfate de quinine, par la digitale, la caféine.

C'est surtout à la fin de la maladie que les buveurs sont pris de délire : le chloral et la morphine rendront alors les plus grands services.

Prophylaxie. — Le médecin qui traite une maladie infectieuse doit chercher à ce qu'elle fasse le moins de victimes possible. Que peut-il, à ce point de vue, quand il s'agit de fièvre typhoïde ?

D'après l'apparition de certains cas de dothiénentérie, on a pu incriminer, comme ayant recélé l'agent pathogène et servi à la propagation de la maladie les vêtements et les linges souillés par les déjections des typhiques.

On a pu, de même, être conduit à penser que le germe, provenant des selles de malades jetées dans les fumiers, pouvait infecter les ouvriers occupés à enlever ces fumiers, ou, encore, que ces selles ayant été versées dans les fosses d'aisance, il pourrait être emporté par l'air au moment du curage des fosses et aller frapper d'une épidémie les habitants d'une agglomération voisine.

Mais, c'est l'eau qui a le rôle le plus important dans la genèse de la fièvre typhoïde.

L'eau se souille en passant sur des fumiers, elle l'est par des fosses d'aisances mal cimentées, défectueuses ; elle l'est par le lavage, en eau courante, de linges souillés.

Aussi, la première mesure à prendre pour combattre la fièvre typhoïde, c'est de donner aux citadins une eau potable irréprochable ; c'est de recommander aux campagnards de veiller au bon état de leur puits, de les faire curer, de prendre garde que le liquide de leurs fosses à purin ne vienne s'y écouler.

Quand on traite un malade, il faut adresser quelques recommandations simples aux personnes qui le soignent. Elles doivent se laver avec soin les mains quand elles l'ont nettoyé ; cette eau de lavage, celle qui a servi pour le malade, doivent être mises à part et désinfectées en même temps que les matières fécales. Les linges souillés ne doivent pas être tendus pour qu'ils sèchent, en attendant la lessive. Aussitôt qu'on les change, on les met à désinfecter ; c'est seulement après qu'ils le seront, qu'on songera à les lessiver.

Le désinfectant qu'on recommande comme très efficace, c'est la chaux, qu'on emploie sous forme d'un lait de chaux à 20 %. On le prépare aisément en délayant de la chaux éteinte nouvellement ou bien conservée au sec, avec deux fois son volume d'eau. Ce lait doit toujours être fraîchement préparé ; il suffit d'en ajouter 2 volumes dans 100 de matières fécales pour qu'elles soient désinfectées.

L'ichthyol dans le prurit vulvaire des femmes enceintes.

M. le Dr *Doizy*, de Lyon, conseille l'emploi de l'ichthyol contre le prurit vulvaire des femmes enceintes.

Unna a établi l'efficacité de ce produit dans le prurit. Kussner, Carl Kopp, Besnier, Brocq, partagent cette manière de voir. Freund, Romolo Polacco, Chatelain ont guéri quelques cas de prurit vulvaire par l'ichthyol.

M. Doizy en signale un particulièrement démonstratif.

En somme, on peut dire que logiquement, l'usage de l'ichthyol doit être conseillé dans tout cas de prurit vulvaire, soit en pommade, soit en emplâtre, soit en solution aqueuse à 10 %, ainsi que l'indique Freund. En procédant ainsi, nous risquons fort d'aller au succès et en tout cas nous respectons le vieux *primo non nocere.*

L'actinomycose ano-rectale.

M. le Dr *Poncet* a fait récemment à l'Académie une communication sur l'actinomycose ano-rectale, dont les principales déductions pratiques sont les suivantes, d'après la *France médicale* :

Cliniquement l'actinomycose ano-rectale a des caractères bien tranchés.

Le plus souvent, d'après Grill, la forme *rectale* débute par une phase de diarrhée, avec un ténesme accentué. Au bout d'un temps variable, le tissu cellulaire qui abonde dans le creux ischio-rectal est intéressé ; des collections se forment dans son interieur, qui s'évacuent au dehors, après avoir créé à la surface cutanée des excroissances multiples ; celles-ci affectent les caractères de l'actinomycose cutanée, c'est-à-dire, avec un « aspect ne rappelant franchement ni l'inflammation, ni la tumeur ». Par des fistules venant déboucher au milieu de ces bourgeons, s'écoule du pus en plus ou moins grande abondance, renfermant les grains jaunes pathognomoniques de l'affection, et dont la présence suffit à établir le diagnostic de façon indiscutable. Rapidement aussi, d'ailleurs, s'établit une coarctation du conduit. Les signes de rétrécissement marquent parfois le début de la maladie.

Néanmoins, malgré ce trouble de la canalisation, il est intéressant de noter que les lésions atteignent principalement le tissu cellulaire péri-rectal. La muqueuse est, en effet, ordinairement saine et c'est à travers elle, sans la léser, au moins d'une façon notable, que le parasite gagne les parties conjonctives voisines. Ainsi agit-il encore au niveau de la bouche, du cæcum, etc., dans la majorité des cas. Donc, on retrouve là, cette même localisation conjonctive du parasite. En cette partie du tractus gastro-intestinal, l'actinomycose est plutôt ischio-rectale que vraiment rectale. Après avoir infecté la gaine cellulaire et l'espace pelvi-rectal inférieur, le champignon gagne la peau, où il produit des fistulations multiples et des épaississements sous forme de fongosités au pourtour de l'orifice anal et dans la rainure fessière.

Quant à l'actinomycose *vésicale*, elle a une individualité clinique beaucoup moins bien tranchée.

On ne peut guère la reconnaître que par la présence du parasite dans l'urine.

Il est le plus souvent possible d'établir avec certitude le *diagnostic* de cette maladie. On pourrait cependant, à un examen rapide, la confondre avec une tuberculose ano-rectale, avec certaines néoplasies à allure lente, avec la syphilis, avec certaines formes de fistules, etc. Cependant, l'aspect très particulier des lésions, leur type qui ne les rapproche ni des tumeurs, ni de l'inflammation, mais se place plutôt comme un intermédiaire entre chacune de ces maladies, la teinte des excroissances qui varie du violet au rouge jaunâtre, avec ponctuations de points jaunes, —

la lenteur ordinaire de l'affection, enfin l'existence dans le pus de grains jaunes caractéristiques suffit pour éviter toute erreur.

Le *pronostic* de cette localisation de l'actinomycose est, on le déduit aisément, peu favorable dans la majorité des cas. Les décollements multiples qu'entraîne le cheminement du parasite dans le tissu cellulaire péri-rectal, l'ouverture de la cavité péritonéale, la coexistence d'autres manifestations de cette variété spéciale d'infection dans des portions plus ou moins éloignées du tube gastro-intestinal sont des facteurs d'une gravité très grande chez un malade. En outre, les métastases, en pareil cas, sont possibles, en particulier celles du foie, comme des faits en ont été produits par M. Aribaud (th. de Lyon, 1897 inspirée par M. Poncet). La diarrhée, le ténesme, sont aussi pour le malade des causes d'une dénutrition et d'une cachexie de plus en plus accentuées et fort alarmantes. D'ailleurs, même si une thérapeutique active était possible, on devrait toujours compter avec les récidives, puisque la latence du parasite, puis sa réviviscence inattendue, sont bien démontrées aujourd'hui. — Néanmoins, l'évolution de la maladie est lente et permet une survie longue. Dans certain cas, l'affection, d'après les renseignements fournis par les sujets, remonterait à une vingtaine d'années environ.

Le *traitement* consistera d'abord dans l'administration à l'intérieur d'une dose progressivement croissante d'iodure de potassium. Si celui-ci est inefficace, on doit recourir à l'incision et au drainage des parties atteintes. Il est d'ailleurs difficile, parfois, de poursuivre loin des lésions, puisque le tissu cellulaire est envahi sur une grande profondeur. Cependant là, comme dans les différentes formes d'actinomycose abdominale, l'ablation des masses, l'incision des collections purulentes s'impose au premier chef. L'opération peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère. Si des signes de sténose du conduit existent en même temps, la rectotomie linéaire pourra être utilement pratiquée. Les interventions larges sont d'autant plus justifiées, que la réparation se fait avec facilité dans ces tissus, en apparence si profondément atteints. Mais il convient d'être averti, par avance, que ces opérations ne sont la plupart du temps que palliatives et il y a lieu d'attendre d'elles seulement un succès relatif, non le plus souvent une guérison complète.

PRATIQUE HOSPITALIÈRE

Formulaire de l'Hôpital Saint-Louis.

(Service de la consultation).

La consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, consacrée aux affections cutanées et syphilitiques, est assurément une des plus importantes de nos hôpitaux parisiens. Elle comporte journellement, en effet, la visite d'un nombre de malades s'élevant en moyenne au chiffre de trois ou quatre cents environ, malades venant d'un peu partout, attirés par l'antique et légitime renommée de l'établissement.

Aussi, pour satisfaire aux exigences de cette nombreuse clientèle, les médecins consultants ont-ils établi d'un commun accord, une liste de médicaments destinés à être délivrés aux patients.

Le formulaire en question contient naturellement le nombre de préparations minimum, tout en restant suffisant pour traiter la grande majorité des affections cutanées observables en clinique. Simple, privé de tout luxe, de tout médicament nouveau en particulier, ce formulaire n'en constitue pas moins un guide précieux appuyé par l'autorité des maîtres qui l'ont créé et consacré par une pratique ancienne, sur des milliers de sujets.

Nous désirons donner actuellement la posologie et les indications générales de ces formules, pensant être utile ainsi au praticien trop éloigné ou trop occupé pour venir lui-même les transcrire.

***

D'abord, il convient d'établir un véritable choix parmi ces diverses préparations, dont certaines sont constamment prescrites, alors que d'autres au contraire, ne le sont que d'une façon exceptionnelle.

Citons ainsi pour n'en plus reparler :

1. — La vaseline iodée à 2 p. 100.

2. — La pâte à l'oxyde de zinc ainsi composée :

Oxyde de zinc..............	P. E.
Talc.........................	
Vaseline.....................	

3. — La pommade biiodurée ci-dessous :

Biiodure d'hydrargyre......	0 gr. 10
Iodure de potassium.......	0 gr. 10
Vaseline....................	20 gr.

4. — La lotion camphrée (alcool camphré coloré), etc....

Il convient néanmoins d'ajouter que telle formule rarement employée par un consultant, peut au contraire être la pratique habituelle d'autres praticiens. Ainsi le Professeur Fournier recommande généralement, comme lotion sur les plaques muqueuses vulvaires, la liqueur de Labarraque (chlorure de soude liquide), pure ou étendue d'eau, alors que les autres médecins de l'hôpital Saint-Louis, s'en tiennent au sublimé à 1 pour 1000.

Cette remarque préjudicielle faite, arrivons aux formules véritablement importantes, par la fréquence de leurs indications cliniques. Elles s'adressent d'ailleurs, à deux groupes de sujets bien distincts, les uns syphilitiques, les autres simplement atteints d'une affection cutanée ordinaire. Les premiers sont assurément presqu'aussi communs que les seconds, la grande diathèse fournissant un important contingent de malades à l'hôpital Saint-Louis.

***

A leur intention, le *Sirop mixte* a été créé pour combattre les multiples accidents du tertiarisme, syphilides cutanées ou syphilides organiques. Il contient un centigramme de biiodure d'hydrargyre, un gramme d'iodure de potassium par cuillerée à bouche et correspond à la formule suivante :

Biiodure d'hydrargyre....	0 gr. 10
Iodure de potassium......	10 gr.
Sirop de sucre............	200 gr.

Le nom de Sirop mixte, choisi intentionnellement, constitue un excellent euphémisme de notre langue médicale : discret, il ne produit pas, sur une ordonnance, l'effet révélateur du terrible sirop de Gibert (1).

Le sirop mixte présente en outre, sur ce dernier, un autre avantage assurément précieux : la dose d'iodure (0 gr. 50 par cuillerée) dans la formule de Gibert, est véritablement trop faible et il est préférable de la porter à un gramme.

Nous ne dirons rien de particulier des accidents initiaux et secondaires de la syphilis, qui reçoivent ici le traitement classique par les pilules de Ricord au protoiodure, ou par les pilules au sublimé de Dupuytren.

Mais, lorsque la syphilis n'est plus en cause, la thérapeutique des maladies de la peau devient complexe et difficile, tant les cas cliniques sont eux-mêmes variés. Aussi allons-nous signaler seulement quelques préparations de pratique courante, choisies, il est vrai, parmi les plus originales et les plus efficaces :

La *Lotion excitante* s'adresse à l'alopécie en général, c'est-à-dire à la chute des cheveux se produisant en dehors d'une affection cutanée bien définie du cuir chevelu ; elle est ainsi composée :

Ammoniaque..............	8 gr.
Essence de térébenthine...	25 gr.
Alcool camphré...........	167 gr.

Mêl. et agiter.

Son but thérapeutique, comme l'indique sa dénomination même, est d'exciter la matrice du cheveu, dans les cas d'alopécie simple quand il n'existe ni séborrhée, ni teigne, ni psoriasis, ni dermatose en un mot, de la région. Dans ces dernières circonstances d'ailleurs, la lotion excitante vient souvent s'adjoindre au traitement particulier de la dermatose.

La *Lotion soufrée* s'adresse, de son côté, à la séborrhée du cuir chevelu et à l'alopécie qui en est la conséquence principale : c'est dire qu'elle trouve fréquemment son emploi en pratique dermatologique.

La lotion soufrée a pour formule :

Soufre précipité.......... }	ãã 10 gr.
Glycérine.................. }	
Alcool camphré............	20 gr.
Eau distillée..............	160 gr.

Elle s'applique le soir sur le cuir chevelu, y dépose une couche pulvérulente composée de soufre et de camphre, tous deux insolubles dans l'eau et qui sont mêlés au liquide par agitation préalable de la lotion.

La *Lotion parasiticide* est une des meilleures préparations parmi celles en usage à la consultation quotidienne de Saint-Louis. Elle est indiquée contre la phtiriase du cuir chevelu et surtout contre la phtiriase du pubis.

(1) Il y a quelques années dans le même but, le sirop au biiodure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium, s'appelait aussi *Sirop astringent composé*. Les malades qui cachaient avec soin l'étiquette du sirop de Gibert, exhibaient sans crainte celle au sirop astringent composé. Peut-être ce dernier, à la longue, a-t-il acquis lui-même mauvaise réputation ?

Tout en étant en général parfaitement tolérée, elle constitue sans contredit une des meilleures médications à opposer aux vulgaires phtirius inguinalis.

En voici la transcription :

Bichlorure d'hydrargyre..	0 gr. 25
Essence de térébenthine..	30 gr.
Glycérine................	40 gr.
Alcool camphré..........	175 gr.

Comme il est facile de le remarquer, la plupart des lotions précédentes contiennent, comme liquide alcoolique, généralement de l'alcool camphré. Il faut évidemment voir là, non une préférence d'ordre scientifique, mais bien plutôt d'ordre économique, l'alcool camphré étant comme on le sait, d'un prix inférieur.

Par conséquent, en ville, le praticien peut remplacer sans inconvénient ce dernier médicament par un alcoolat ou un mélange d'alcoolats aromatiques, donnant ainsi, tout au moins, à sa préparation un aspect plus agréable.

***

Après les lotions et au même titre, les pommades jouent un rôle important dans la thérapeutique des affections cutanées.

Passons rapidement sur la très connue pommade à l'oxyde de zinc à 1/20, à l'acide borique à 1/20, au turbith à 1/20.

Arrivons à la *pommade soufrée*, également au 20e, à la vaseline, au calomel à 1/50, premier pas vers les pommades excitantes et résolutives.

Le deuxième pas amène au *Glycérolé cadique*, traitement du psoriasis.

Il existe deux variétés de Glycérolé cadique :

a) Glycérolé cadique faible :

Huile de cade.............	10 gr.
Glycérolé d'amidon........	90 gr.
Extrait fluide aqueux de Panama................	q. s.
	(environ 2 gr. pour émulsion).

b) Glycérolé cadique fort :

Huile de cade.......... }	ãã 50 gr.
Glycérolé d'amidon.... }	
Extrait fluide aqueux de Panama...............	q. s.
	(environ 5 gr.)

Pour soigner un psoriasis, il est nécessaire, avant toute application de pommade, de décaper les plaques malades, c'est-à-dire d'enlever les squames qui les recouvrent.

Aussi commence-t-on par donner un bain alcalin dans ce but et le glycérolé n'est appliqué qu'ensuite.

L'huile de cade, tout en étant un produit efficace et sans danger, malheureusement en raison de son odeur et de sa consistance, reste bien difficilement utilisable en clientèle privée.

Terminons ici la série des pommades, en citant le *Glycérolé tartrique* :

Acide tartrique...............	1 gr.
Glycérolé d'amidon...........	20 gr.

indiqué comme calmant du prurit et des démangeaisons non symptomatiques, non parasitaires.

Si elle ne réussit pas toujours dans ses applications, cette pommade possède au moins le très grand avantage d'être inoffensive, sans inconvénient, ni toxicité.

***

Les emplâtres enfin, constituent un dérivé, très important, il est vrai, des pommades. Ils sont nombreux et presque tous les médicaments ont été préparés sous cette forme.

Entre tous, *l'emplâtre rouge de Vidal* mérite d'arrêter plus particulièrement l'attention du praticien. Il réunit avantageusement l'action siccative et résolutive de l'oxyde de plomb (minium) et les propriétés antiseptiques du sulfure de mercure (cinabre).

Il a détrôné l'emplâtre de Vigo, trop chargé en mercure, dangereux à appliquer sur les plaies très étendues même syphilitiques ; il laisse loin derrière lui le vieil emplâtre diachylon.

L'emplâtre rouge s'applique sur une foule de lésions, ulcérations, infiltrations parasitaires ou non, lupus, etc.

Il a pour formule :

Minium	10
Cinabre	6
Emplâtre diachylon	100

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins des compagnies de navigation

Nous recevons fréquemment des demandes de renseignements sur la situation du médecin des compagnies de navigation, sur les démarches à faire et formalités à remplir pour obtenir un poste de ce genre, etc... En groupant ici, dans un court résumé, les réponses à ces diverses questions, nous n'avons pas pour but de faire croire qu'il y a là une bonne carrière à embrasser définitivement. L'esprit d'indépendance et la dignité professionnelle y sont parfois soumis à de bien dures épreuves. De plus, si le médecin trouve là le traitement fixe qui tente souvent, on n'a pas prévu pour lui, tout en le constituant fonctionnaire, la question de la retraite. On ne fait donc que passer dans ce corps nouvellement créé par le décret du 4 janvier 1896 : il faut en sortir, au moins pour ses vieux jours.

Néanmoins nous comprenons que des médecins très jeunes, ou célibataires, ou, encore, atteints brusquement par un revers, attendent dans cette situation la possibilité de s'installer dans de bonnes conditions. C'est pour eux que nous avons rassemblé les renseignements qui suivent.

M. le Dr Desfosses a exposé dans la *Presse médicale* tout ce qui concerne les formalités d'admission et le service du médecin à bord. Il s'exprime ainsi :

Tout médecin, qui désire naviguer au commerce, doit maintenant avoir subi avec succès l'examen de médecin sanitaire maritime.

Comme mesure transitoire, un médecin, qui ne désire faire qu'un ou deux voyages, peut être embarqué, sans avoir le titre de médecin sanitaire maritime ; il lui suffit, après avoir été agréé par une Compagnie de navigation, de se faire autoriser par le directeur de la santé du port.

Examen. — Les jurys, pour l'examen des médecins sanitaires maritimes, sont institués à Paris, Marseille, Bordeaux, Saint-Nazaire et le Havre.

Ces jurys sont composés : à Paris, de l'inspecteur général des services sanitaires et de deux membres ou auditeurs du Comité consultatif d'hygiène publique ; à Marseille, Bordeaux, Saint-Nazaire et le Havre, du directeur de la santé de la circonscription, du médecin des épidémies et du professeur d'hygiène, ou à défaut du professeur d'hygiène, d'un autre membre du conseil sanitaire maritime, docteur en médecine.

Les demandes doivent être adressées soit à M. le ministre de l'Intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, rue Cambacérès, 7) pour les candidats qui voudraient subir l'examen à Paris, soit à MM. les directeurs de la santé des ports, pour ceux qui veulent subir l'examen dans un des ports ci-dessus désignés.

Les dates d'examens ne sont pas fixes. Les jurys se réunissent, aussi souvent qu'il est nécessaire, sur la convocation de l'inspecteur général, à Paris, et du directeur de la santé, dans les ports.

Les candidats ont à produire, à l'appui de leur demande, leur acte de naissance, le diplôme de docteur en médecine, une pièce établissant leur qualité de Français, un certificat de bonnes vie et mœurs.

L'examen comprend deux parties : une épreuve écrite et une épreuve orale.

L'épreuve écrite comporte : 1° une composition sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses (maladies pestilentielles exotiques maladies épidémiques et endémiques) ; 2° une composition sur la législation sanitaire (loi du 3 mars 1822, règlement du 4 janvier 1896, conférences internationales de Venise, de Dresde et de Paris). Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la rédaction de la composition de pathologie et une heure pour la rédaction de la composition de législation.

L'épreuve orale porte : 1° sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses et sur la législation sanitaire ; 2° sur la bactériologie (coloration et diagnostic des principaux microbes pathogènes) ; 3° sur la pratique de la désinfection (préparation et usage des liquides antiseptiques ordinairement employés, stérilisation avec les appareils usités dans les laboratoires et sur les navires).

La complexité des matières ne doit pas effrayer les candidats qui, au sortir de l'école, peuvent acquérir facilement la somme de connaissances exigées.

Demande de poste médical. — Les médecins qui ont subi cet examen, sont inscrits sur un tableau dressé par le Ministre de l'Intérieur, et il leur est délivré un certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime. Quand ils veulent demander à être embarqués, ils adressent à la Compagnie qu'ils ont choisie, ce certificat d'aptitude en y joignant un extrait de l'acte de naissance et un certificat de bonne vie et mœurs. La Compagnie, si elle accepte leurs services, leur signale les vacances qui peuvent se produire dans son personnel médical.

Les principales compagnies de navigation sont : la Compagnie générale transatlantique

(à Paris, 6, rue Auber); la Compagnie des Messageries maritimes (Marseille) ; la Compagnie des Chargeurs Réunis (Le Havre) ; la Compagnie nationale de Navigation (Marseille) ; la Compagnie péninsulaire Havraise (Le Havre) ; la Société générale de Transports maritimes (Marseille) ; la Compagnie Fraissinet et Cie (Marseille) ; la Compagnie Touache et Cie (Marseille).

Formalités au départ. — Quand le médecin a trouvé un engagement dans un port, il doit, avant le départ : 1° se faire autoriser par le Directeur de la santé du port ; 2° passer à l'agence de la Compagnie qui le conduit au Bureau de l'Inscription maritime, pour demander son permis d'embarquer et qui lui verse, suivant la durée du voyage, un demi-mois ou un mois entier de solde ; 3° se présenter à la gendarmerie pour faire viser son livret militaire, si le voyage a une longue durée.

Fonctions du médecin à bord.— Avant le départ, le médecin passe la visite des hommes du bord et signale à la Compagnie, ceux dont l'état de santé lui paraît défectueux.

A bord, ses fonctions sont de veiller à l'hygiène et à la santé des passagers et des marins, et d'exécuter toute opération chirurgicale ou obstétricale qui pourrait se présenter ; à cet effet, il trouve à sa disposition une cabine qui sert d'infirmerie et de salle de visite, un matériel pharmaceutique et chirurgical conforme à la circulaire du Ministre de la Marine, en date du 3 juillet 1896 ; le médecin est responsable de ce matériel.

Tous les jours, à heure fixe, à 8 heures du matin par exemple, le médecin doit passer la visite des hommes ; cette visite est analogue à la visite du major au régiment, et se passe à l'infirmerie. Les passagers malades sont visités dans leurs cabines. Le médecin exempte de service ceux des matelots qui lui paraissent souffrants. Après la visite, il se rend auprès du commandant pour lui rendre compte de l'état sanitaire du bord et se concerter avec lui, s'il y a quelques mesure à prendre ; lorsqu'il veut instituer un régime alimentaire spécial ou des prescriptions ne ressortissant pas de la pharmacie, il remet à cet effet des bons au commissaire. Pour cela, un carnet à souche de bons a été mis à sa disposition.

Le médecin mentionne journellement sur le Livre médical du bord les faits intéressant son service.

Dès que le navire entre dans un port, le pavillon jaune est hissé en tête du premier mât : c'est le pavillon dit de quarantaine ; tant que ce pavillon flottera à l'avant, toute communication avec le navire est interdite. Le médecin sanitaire du port vient à bord du navire dans une chaloupe portant également le pavillon jaune. Le médecin du bord lui communique la patente de santé et lui déclare s'il y a eu des cas de maladies épidémiques ou contagieuses depuis le départ, cette déclaration est faite d'ordinaire par écrit ; il se tient à sa disposition pour tous renseignements et même pour la visite médicale du navire, si elle était jugée nécessaire. Le médecin du port, après interrogatoire du médecin du navire, donne la libre pratique et on abaisse le pavillon jaune. Le navire peut communiquer librement avec la terre.

Au retour, au port d'attache, le Livre médical, visé par le commandant, est remis à la Direction de la santé du port.

En outre, le médecin sanitaire, à la fin de chaque voyage, fait un rapport à la Compagnie, sur les particularités médicales du voyage, et doit faire, au moins chaque année, un rapport au Ministère de l'intérieur sur les questions intéressant le service sanitaire.

La Solde. — Elle varie suivant les Compagnies, les lignes de navigation, et le degré d'ancienneté du médecin dans le service de la Compagnie. De 2500 fr. en moyenne, au début, elle peut s'élever plus tard jusqu'à 4 ou 5 mille francs, grâce à des suppléments et gratifications.

A cette heure, où le décret du 4 janvier 1896 n'est pas encore appliqué intégralement, par insuffisance du cadre des médecins sanitaires maritimes, il arrive, comme le dit M. le Dr Desfosses, que quelques confrères s'engagent pour le voyage seulement : ils sont alors rétribués proportionnellement à la durée de celui-ci, et sur le pied de 200 fr. par mois à peu près.

Les médecins sanitaires maritimes ont reconnu qu'ils avaient intérêt à se grouper en une société, afin de mieux faire valoir leurs revendications. Nous avons publié (au n° 23 du *Concours*, année 1898) les articles les plus intéressants des statuts de cette société, qui a son siège social à Marseille, 1, cours du Chapitre, et qui a délégué pour toutes les communications M. le Dr Fayol, 39, cours Lieutaud, Marseille.

Nous savons, de source certaine, que l'Administration espère améliorer et régulariser de plus en plus la situation des médecins sanitaires maritimes : elle a rencontré des résistances qui ne lui ont pas permis d'aller plus loin que le décret du 4 janvier, pour le moment du moins; elle compte profiter d'occasions favorables pour créer non un cadre, mais un corps de fonctionnaires jouissant de tous les avantages dus à ceux-ci.

Seulement, la réalisation de ce projet semble encore lointaine, et c'est pourquoi, nous n'avons jamais cessé de dire à nos confrères navigants : « *En attendant que l'on* vous donne des retraites, inscrivez-vous à la Caisse des Pensions créée par le Concours médical ; vous parerez ainsi au gros danger de votre situation actuelle. »

VARIÉTÉ

Le Nu et le plein air en thérapeutique.

Il existe dans le village de Veldes, dans l'Oberkrain, en Austrie, à une centaine de milles de l'Adriatique, au milieu des Alpes Juliennes, sur le bord d'un lac paisible, et près de la masse dolomitique du Triglau, une singulière colonie humaine. Ceux qui s'y réfugient, ont la prétention d'y vivre suivant les lois de la plus pure nature...

Cette colonie a, en effet, été créée dans un but thérapeutique ; et il serait vraiment désastreux qu'en France nous en ignorions plus longtemps le parfait agencement. Pour la visiter, il suffit de prendre le train pour Innspruck, en Tyrol, et de gagner de là Toblach et Villach. C'est un sanatorium, évidemment, mais avec des caractères particuliers, qui font, précisément, son réel intérêt.

Les malades habitent dans des huttes de bois,

situées en plein parc et ouvertes à tous les vents. Pas de fenêtres, mais une vaste baie par où pénètre la bise de l'Adriatique, qui a passé pardessus la montagne. Le tout dans un paysage charmant, sous les ombrages touffus de bois toujours verts.

Ce qu'il y a de plus curieux à signaler, ce n'est pas l'amour du grand air, puisque, dans tous les sanatoria du monde, on le recherche avec prédilection : c'est l'usage du *Nu* au point de vue thérapeutique.

Les pensionnaires de cette curieuse maison de santé d'un nouveau genre sont, en effet, non seulement en plein air, mais absolument *nus*, tout comme les sauvages de la Papousie. Rien n'est plus imprévu qu'un déjeuner sur l'herbe du parc dans de telles conditions ! Les pensionnaires, presque tous des nerveux—est-il besoin de le dire ? — munis d'un simple caleçon de bain et d'un chapeau de paille, à la manière des célèbres rois nègres, sont accroupis sur la pelouse et dévorent à belles dents d'énormes biftecks, à la mode des cannibales.

On les voit également nus, à la gymnastique, se livrer à des exercices qui rappellent les jeux d'Australasie. D'autres fois, sur des nattes étendues sur le sol, ils passent des heures entières à goûter un repos bien gagné. Il faut voir ces biceps en plein vent pour sentir la bienfaisante influence de Sa Majesté le Roi Soleil !

Par ordre du Gouvernement autrichien, un médecin a été attaché à l'établissement, et tout s'y passe de la façon la plus correcte du monde, les dames opérant à part. Mais, si jamais quelqu'industriel voulait, en France, se lancer dans une voie semblable, il ferait bien d'importer ici les mœurs américaines, le mélange des sexes ! Sa fortune serait faite ; et la moralité n'y aurait probablement rien perdu ! En ce temps de névrosés, les seins à la Rubens font moins d'effet que la puissante chevelure d'un Rigo ou d'un Sâr, parlant une langue inconnue.

Marcel BAUDOUIN.

(In *Gazette médicale de Paris.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

et des Sociétés locales.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles

Séance du jeudi 21 avril 1898.

Présidence du Dr GIBERTON-DUBREUIL

La séance est ouverte à 4 heures.

31 confrères sont présents :

MM. Askinasis, de Carrière-Saint-Denis ; Cailleret, de Poissy ; Calbet, de Chatou ; Chinsky, de Viroflay ; Christen, de Vaucresson ; Darin, de Chaville ; Farragi, de Montesson ; de Fourmestraux, de Versailles ; Giberton-Dubreuil, de Jouy-en-Josas ; Gille, de Garches ; de Grissac, d'Argenteuil ; Guillermet, de Chatou ; Groussin, de Bellevue , Heliot, de Meulan : Jeanne, de Meulan ; Lecuyer, de Chatou ; Le Menant des Chesnais, de Ville-d'Avray ; Licke, de Maisons-Laffitte ; Maison, du Vésinet ; Mazeroux, de Conflans-Sainte-Honorine ; Midrin, de Sèvres ; Mignon, des Mureaux ; Pannetier, de Triel ; Pecker, de Maule ; Pluyaud, de Houilles ; Raffegeau, du Vésinet ; Rechner, d'Andresy ; Renous, de Croissy ; Ribard, de Meudon ; Rousseau, de Conflans-Sainte-Honorine ; Surre, de Saint-Cloud.

8 confrères se sont excusés :

MM. Debord, d'Orsay; Dinan, de Vigny ; Pineau, de Passy ; Rigabert, de Marly-le-Roy ; Rochefort, de Chatou ; Surbled, de Corbeil ; Toussaint, d'Hyères ; Vauthier, de Jouy-en-Josas.

9 ont négligé de s'excuser :

MM. Balp, de Garches ; Bourgeois, de Sèvres ; Ferrey, d'Andresy ; Govin (Mesnil-Saint-Denis) ; Lauth, du Vésinet ; Ledermann, de Sèvres : Martin, d'Orgeval ; Nollet, de Bougival ; Poursain, de Herblay.

Exposé du Secrétaire.

Deux membres ont quitté l'arrondissement, et depuis, n'ont pas donné de leurs nouvelles au Syndicat ; ce sont les Drs Bouzon, de la Celle-Saint-Cloud et Pech, de Verrières. Nous les considérons comme démissionnaires.

Quatre nouveaux confrères ont demandé à faire partie du Syndicat, ce sont :

MM. Belière, de Plaisir-Grignon, présenté par le Dr Giberton-Dubreuil ; Greuet, de Maisons-Lafitte, présenté par les Drs Rousseau et des Chesnais ; Bertillon, de Maisons-Laffitte, présenté par les Drs Mignon et Licke ; Landry, de Maule, présenté par les Drs Pecker et Jeanne.

Ces diverses candidatures, mises aux voix successivement, ont été acceptées à l'unanimité des membres présents.

M. le Dr Larmande, disposé à entrer au Syndicat, nous prévient qu'il quitte la Celle-Saint-Cloud pour rentrer à Paris.

Le Dr Tournier, de Houilles, nous écrit que tout en approuvant nos efforts, et en souscrivant d'avance à toutes nos décisions, il ne veut faire partie d'aucun Syndicat, ou autre société ou réunion de médecins !

Le Secrétaire a continué ses démarches auprès des confrères de l'arrondissement qui ne font pas encore partie du Syndicat ; le procès-verbal de notre réunion du 21 octobre 1897 a été envoyé à tous ces confrères, plusieurs ont reçu des lettres particulières, les engageant vivement à se joindre à nous. Ces efforts ne sont pas vains, puisqu'en trois ans et malgré le départ de trois confrères, nous sommes montés de 27 à 52.

Nous avons reçu le compte rendu de la séance du 21 août 1897 des médecins syndiqués de la Haute-Saône, et celui de la séance du 16 janvier dernier du Syndicat Médical de l'Oise.

Nous aurons à parler du premier, à propos des Compagnies d'Assurances, et du second quand viendra la question de l'Union des Syndicats, au sujet de laquelle votre secrétaire aura à vous lire une lettre adressée à notre Syndicat au nom de l'administration d'un journal de médecine de Paris.

L'Union des Syndicats Médicaux nous a adressé une circulaire pour la création d'une

caisse de défense, mais nous avons déjà le Sou Médical créé par le Concours et dans le même but: beaucoup d'entre nous en font partie.

Exposé du Président.

Depuis la réunion d'octobre, dit le Président, le Syndicat a eu à s'occuper de plusieurs affaires.

Dans la première, votre président et celui de Pontoise, M. de Grissac, ont été choisis comme arbitres entre les confrères G. et B. au sujet de la cession d'une clientèle, et leurs conclusions ont été acceptées par les intéressés. Dans la seconde, où il est également question d'une cession de clientèle de la part d'un des membres du Syndicat, à un confrère non syndiqué, ce dernier avait demandé l'arbitrage du Syndicat, auquel a refusé de recourir notre collègue. L'affaire se poursuivra donc devant les tribunaux.

Une Compagnie d'Assurances, voulant spéculer sur notre peu d'entente ordinaire, a failli brouiller ensemble deux de nos confrères.

L'affaire a été portée devant votre Bureau, la rupture n'a pas eu lieu, et la Compagnie d'Assurances a éprouvé un échec, qui lui aura montré ce que peut l'union entre les médecins.

Ce que n'a pu faire la Compagnie en question, des clients l'ont tenté entre deux autres membres du Syndicat qui ont bien voulu accepter l'arbitrage du bureau. Après explication des deux confrères, l'affaire n'a pas eu de suite.

Vœu.

Le président propose que le syndicat émette un vœu en faveur de la nomination de M. de Fourmestraux à la présidence de l'Association locale des médecins de Seine-et-Oise, aujourd'hui vacante.

Cette proposition est votée à l'unanimité, avant l'arrivée de M. de Fourmestraux.

Sou Médical.

La parole est donnée au Dr Jeanne pour traiter la question du Sou Médical, et pendant ce temps. le président fait distribuer à ceux qui ne la connaissent pas encore la circulaire publiée à ce sujet par le *Concours médical.*

Le meilleur accueil est fait par notre syndicat à cette création, et nombreuses sont les adhésions.

Tarif du Syndicat.

Des remerciements sont exprimés au Dr de Grissac pour son offre gracieuse d'exemplaires cartonnés du tarif des honoraires, et pour la bonne gestion de ses comptes comme trésorier.

Assurances-accidents.

Le Dr Jeanne a de nouveau la parole au sujet des compagnies d'assurances. Sur ce point, tout est à refaire. par suite de la nouvelle loi sur les accidents. Aussi propose-t-il l'ordre du jour suivant, qui est adopté :

Le syndicat,

Considérant que la loi sur les accidents du travail, modifie par ses articles 4, 5, 11, 13, 15, 29, les rapports des médecins avec les victimes de ces accidents *spécialement en ce qui concerne la responsabilité des honoraires et leur recouvrement ;*

Considérant que des résolutions nouvelles devront être préparées pour la séance d'octobre, qui coïncidera avec la date d'application de cette loi ;

Déclare close la campagne d'entente qu'il avait faite près de tous les médecins de l'arrondissement ; se félicite d'avoir rallié à l'idée de solidarité absolue la presque unanimité de ceux-ci, laissant à regret, dans leur incurable isolement, les quatre ou cinq dissidents qu'il a vainement sollicités ;

S'applaudit d'avoir, par cette campagne, augmenté considérablement et son influence et le nombre de ses adhérents ;

Et passe à l'ordre du jour.

Mais, la loi nouvelle étant subordonnée dans son application, en ce qui concerne les honoraires :

1° à nos rapports avec les sociétés de secours mutuels ;

2° à l'établissement d'un tarif pour l'assistance médicale gratuite ;

Il y a lieu de nommer une commission chargée : 1° d'étudier les bases d'une manière d'être unique avec les sociétés de secours mutuels, et 2° d'entrer en rapport avec le conseil général pour établir s'il y a lieu, le tarif d'assistance par visites, opérations, etc., et réformer sur ce point le règlement départemental de 1888.

Après une discussion assez longue à laquelle prennent part les confrères Giberton-Dubreuil, de Grissac, Midrin, Darin, Rousseau, de Fourmestraux, Lecuyer, une commission est nommée conformément à la proposition du Dr Jeanne.

Cette commission préparera un rapport pour la réunion d'octobre prochain.

Les membres qui la composeront seront MM. Jeanne, de Fourmestraux, de Grissac, Midrin et le Bureau.

Un acte de solidarité.

Des félicitations sont adressées au Dr Cailleret qui par esprit de solidarité confraternelle avait renoncé à certains privilèges que lui fait l'usine de Poissy, mais que nous l'approuvons de reprendre, en face de l'attitude de ses deux proches confrères.

Syndicat départemental.

La parole est donnée au Dr Jeanne au sujet de la création d'un syndicat départemental.

La place nous manque pour reproduire ici son discours si plein de verve, et nous devrons nous contenter de distribuer le projet de statuts élaboré par lui, à la demande de plusieurs membres, en vue d'une discussion ultérieure.

Nos revendications aux candidats-députés.

Incidemment le Dr Jeanne soulève la question des élections prochaines, et expose le programme des revendications qu'en cette circonstance il nous faut adresser à nos députés.

Le Syndicat décide que nul mieux que le Dr Jeanne ne peut le représenter près des candidats, le charge de cette démarche, et à l'unanimité le félicite de son ardent dévouement à l'intérêt général.

« Vous êtes bien aimables, répond le Dr Jeanne ; moi aussi, je dois vous remercier, car chaque fois qu'une idée a été acceptée par notre Syndicat, j'ai les plus grandes chances de la voir aisément acceptée ailleurs. »

Médecins et fournisseurs médicaux.

L'ordre du jour appelle la question du Dr Darin sur les relations des médecins avec les commerçants spéciaux (orthopédistes, etc.).

Mais, vu son importance et surtout les nouvelles tendances, qui se dessinent dans le corps

médical, la question sera remise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Sociétés de secours mutuels.

Le Dr Darin tient à signaler dès aujourd'hui un fait qui se passe dans sa commune. Toujours la question des patrons se faisant inscrire comme membres participants des Sociétés de Secours Mutuels.

Une intéressante discussion est soulevée à ce sujet, sur la manière d'empêcher les patrons de bénéficier ainsi d'une œuvre réservée, comme le précise de Fourmestraux « à ceux-là seuls qui sont exposés à voir la misère entrer chez eux à la suite de la maladie ».

De Grissac : Le règlement de cette question fait partie du travail de la commission qui vient d'être nommée.

Darin et Midrin demandent, en attendant d'être libres, d'agir comme il leur semblera le plus opportun.

Cette autorisation ne peut leur être refusée.

Rousseau serait partisan de faire payer aux patrons sociétaires un supplément du prix de la visite. Ce serait juste, mais non pratique.

De Grissac : Il faudra renoncer au système de l'abonnement, le tarif à la visite est le seul juste. Les Sociétés n'ont pas de motifs sérieux pour s'y soustraire. A Argenteuil, il y a quatre sociétés de secours mutuels, deux a l'abonnement, deux au tarif à la visite. Elles sont également prospères.

De Fourmestraux : Nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels vont revêtir une importance toute nouvelle, car en ce moment on étudie dans les Préfectures le moyen de multiplier le plus possible ces institutions.

L'heure étant avancée, la discussion est close.

La séance est levée à 6 heures 1/2 et il est convenu que la prochaine réunion, ainsi que le banquet, auront lieu chez Marguery.

Le Secrétaire,

Dr Le Ménant des Chesnais.

REPORTAGE MÉDICAL

Un pharmacien indélicat. — Il y a quelques mois, un pharmacien d'un quartier excentrique cédait son fonds. Il constatait bientôt que son successeur écoulait ses produits à des prix dérisoires.

L'enquête à laquelle il se livra lui prouva que les produits livrés étaient falsifiés. Le vendeur prévint immédiatement le parquet, qui chargea M. Flory, juge d'instruction, d'ouvrir une enquête.

Le juge fit procéder à une vérification des livres du pharmacien et reconnut que la plainte était fondée.

Le pharmacien fut arrêté. Interrogé, en présence de son avocat, Me Mesnard, il avoua les faits et, pour sa défense, allégua que les produits falsifiés qu'il avait vendus étaient inoffensifs.

Il a été envoyé au Dépôt. (*Le Matin*)

Triste condition des médecins dans le canton du Tessin. — Le canton du Tessin est divisé en 60 districts médicaux appelés *condotta*. Chacun de ces condotte comprend un certain nombre de communes qui, toutes les quatre années, procèdent, par voie de scrutin populaire, à l'élection de leur médecin. Ce dernier reçoit comme honoraires annuels une moyenne de 0,80 centimes à 1 franc par habitant de sa circonscription, moyennant quoi il se charge de soigner gratuitement les riches et les pauvres, voire les étrangers qui séjournent dans la commune depuis plus de trois mois. Il lui est défendu de délivrer des médicaments. N'oublions pas de dire que l'Etat pousse la générosité jusqu'à servir au médecin un traitement annuel supplémentaire de 250 francs ce qui entraîne l'obligation de se charger de toutes les besognes qui ressortissent à la médecine légale. Et encore, sur cette somme, l'Etat retient-il un cinquième, on ne dit pas à quel titre et dans quel but !

C'est sans doute pour offrir au médecin une malle de voyage, lorsqu'il a cessé de plaire à ses *électeurs*, Car une fois qu'il est fourbu, et qu'un nouveau venu plaît davantage, on le congédie trois mois à l'avance, sans aucune indemnité. Il ne saurait être question pour lui de faire des économies, car les quatre cinquièmes des médecins des condotte ne gagnent pas plus de 3.500 francs annuellement.

Une pétition adressée par les médecins du Tessin, dans le but d'obtenir un remède à cette situation a été rejetée par le grand conseil.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Raymond de Saint-Priest (Isère), et Rougues de Versailles (Seine-et-Oise), membres du Concours médical, et celui de M. le Dr *Bedel*, de Lamballe, président du Syndicat médical et de l'Association des médecins des Côtes-du-Nord. Nous exprimons tous nos regrets à sa famille et publions la lettre suivante :

« J'ai le vif regret de vous faire part de la mort de notre excellent confrère et ami le Dr Bédel (de Lamballe), et comme vous avez eu quelques relations personnelles avec lui, je tiens à vous en informer au plus tôt.

Vous savez avec quel zèle il s'occupait des intérêts du corps médical : il était président de notre syndicat des Côtes-du-Nord depuis sa fondation. Son éloge funèbre a été prononcé par les Drs Guibert et Lewyer, qui ont fait ressortir ses qualités, son zèle et ont retracé dignement cette longue carrière médicale de 45 ans. Leurs discours seront bientôt publiés, je l'espère. De nombreux médecins, venus de tous les points du département, l'ont conduit à sa dernière demeure et tous étaient profondément émus et douloureusement surpris de cette mort subite qui leur enlevait un ami dévoué avec lequel les relations avaient toujours été si agréables, tant il avait de cordialité, de bienveillance et d'affection pour tous. Pour nous, surtout, ses amis et confrères de Lamballe, qui avions avec lui des relation si intimes, la perte est cruelle et le chagrin profond, car malgré ses 70 ans, nous comptions encore le voir longtemps au milieu de nous, tant il avait conservé d'activité, de jeunesse et paraissait peu touché par l'âge.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. Codet.

Nous avons encore une pénible nouvelle à annoncer. Nous venons de faire une grande perte : le Dr Chipault, d'Orléans, est mort subitement lundi 17 octobre, en faisant une opération. Il était président de notre Association locale, fondateur et trois fois président du Syndicat, membre du Concours, de l'Association Amicale et du Sou Médical. On le trouvait partout où il y avait à faire du bien. Il s'inscrivait à toutes nos œuvres par solidarité et pour prêcher d'exemple : il faisait beaucoup de propagande. Son service a eu lieu le jeudi 20, avec affluence d'amis et de confrères.

Dr Gassot.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 44 29 OCTOBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Assemblée Générale du 20 Novembre

Les membres du Concours sont priés, avec instance, d'envoyer de suite leurs propositions à l'Assemblée générale, pour que le Conseil de Direction ait le temps de procéder à leur examen, et d'aviser de leur intention d'assister à l'Assemblée générale et au Banquet, qui auront lieu le 20 novembre, à deux heures pour les réunions, et à sept heures pour le banquet, chez M. Marguery, boulev. Bonne-Nouvelle.

PROPOS DU JOUR

La fourniture des médicaments aux bénéficiaires de la loi d'assistance.

« En publiant, l'autre jour (n° 41) la circulaire « ministérielle qui autorise les médecins à délivrer des médicaments aux indigents, quand « le pharmacien refuse d'accepter le tarif de « l'assistance, vous semblez, nous écrit un confrère, engager le corps médical à se faire le « complice de ce coup de carte forcée joué aux « pharmaciens par l'administration : s'il en était « ainsi, *le Concours médical* manquerait à sa « vieille réputation de loyauté, de justice et de « logique. »

Il aurait raison notre confrère, et pleinement raison : mais la supposition n'est pas fondée, et dès lors, le reproche ne porte pas.

Publier *sans commentaires*, c'est prendre acte tout simplement ; un journal ne peut s'y refuser, quand il se donne pour mission de renseigner ses lecteurs sur tout ce qui touche les questions professionnelles.

Cela nous avait paru suffisant, parce que notre thèse est connue : « La médecine aux médecins, la pharmacie aux pharmaciens. »

On nous demande davantage, on veut notre opinion ; *il ne nous en coûte nullement* de la donner. La voici :

L'administration est dans son rôle, et dans l'esprit de la loi, quand elle se préoccupe d'assurer les médicaments aux indigents malades. Il faut que ce service soit rempli.

D'autre part, si l'autorité départementale fixe pour ces drogues un tarif trop bas, de telle façon que le pharmacien consciencieux ne puisse s'y conformer qu'aux dépens de la qualité, nous pensons que *le pharmacien doit refuser le tarif.* Cette protestation est éminemment respectable, parce qu'elle rappelle aussi à l'esprit de la loi, qui est de fournir des médicaments purs, non des remèdes falsifiés, inertes, ou mal préparés.

Ceci admis, le Ministre et le Conseil d'Etat sont-ils dans l'équité quand ils viennent dire « *Que, dès lors, cette situation exceptionnelle peut être considérée comme plaçant le médecin dans le cas prévu par l'article 27 de la loi de germinal* » ?

Oui, si le pharmacien obéit à une soif de lucre exagérée ou à des raisons de caprice ; *non*, s'il se retranche derrière l'impossibilité prouvée de vendre sans perte au prix du tarif.

Ajoutons que, même dans la première hypothèse, la lettre de la circulaire semble excessive. C'est dire aux pharmaciens : « Vous participerez de gré ou de force au service de l'Assistance, sinon votre officine ne comptera plus, et les médecins qui vous entourent pourront délivrer des médicaments à tous leurs malades. »

En résumé, la mesure prise peut être injuste dans son application.

Il conviendra donc toujours de se guider sur les motifs du refus, pour utiliser l'arme ministérielle. C'est l'affaire des commissions départementales et du Préfet, éclairés par une enquête.

Quant à nous, médecins, nous devons refuser d'être l'instrument des rigueurs administratives *si elles sont mal fondées*.

Lorsque le pharmacien déclare ne pouvoir fournir la qualité aux prix qu'on lui impose, ne suspecterait-on pas le médecin, qui prétendrait résoudre le problème ?

Si, au contraire, le refus se base sur des raisons sans consistance, bien connues de nous, l'intérêt du malade pauvre deviendra notre seul mobile, et nous demanderons au Préfet, sans le moindre scrupule, la permission de suppléer le pharmacien près de l'indigent, et de l'indigent seulement.

En cette affaire, soyons juges, mais non complices.

Voilà ce que nous pensions devoir être conclu par nos lecteurs. Nous remercions quand même M. le Dr P. de nous avoir montré que notre silence était susceptible d'une autre interprétation.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections de gélatine dans les anévrysmes de l'aorte.

M. Lancereaux a de nouveau entretenu l'Académie de son procédé de traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine stérilisée. Il a présenté un malade, qui avait un énorme anévrysme de l'aorte, anévrysme qui a considérablement diminuée de volume sous l'influence des injections. Une nouvelle poche s'étant formée, le sang a encore pu se coaguler rapidement, par le même traitement. Un autre malade a été traité par les injections de gélatine avec le même succès. C'est après avoir étudié la formation spontanée des caillots dans un anévrysme, que M. Lancereaux a été amené à imaginer cette méthode. Le titre de la solution employée en *injections sous-cutanées* est de 2 grammes de gélatine pour 100 grammes d'eau stérilisée.

Cette méthode thérapeutique, excellente dans les cas où il y a un véritable sac anévrysmal, ne donne aucun résultat, quand il y a une simple dilatation du vaisseau.

La gélatine en injection hypodermique favorise la coagulation du sang et. au niveau des points où la circulation est ralentie, comme dans un sac anévrysmal, le sang se coagule.

M. Huchard a vu un malade atteint depuis plusieurs années d'un anévrysme de l'aorte avec saillie tres notable à l'extérieur. Le malade amélioré par l'iodure de potassium a été soumis ensuite aux injections sous-cutanées de gélatine. Dès les premières injections, la tumeur se durcit, diminua de volume et au bout d'un mois et demi, elle avait complètement disparu à l'extérieur.

Chez un autre malade, le traitement n'a pas réussi, mais le malade craignant la douleur très réelle causée par le traitement, s'en est allé après une dizaine d'injections.

La méthode de M. Lancereaux pourrait être appliquée en outre aux hémoptysies incoercibles de la dernière période de la phtisie pulmonaire.

Il est bon d'ajouter que cette méthode thérapeutique n'est pas exempte d'inconvénients et de danger.

M. Lancereaux jusqu'ici n'a eu aucun accident ; mais il est évident qu'il faut surveiller l'emploi de ce moyen.

M. Fournier a ajouté qu'il est bon de se rappeler l'existence d'anévrysme de l'aorte dans la syphilis : chez un médecin syphilitique, ayant une énorme dilatation de l'aorte, la guérison se fit en deux mois par le traitement mixte intensif. Il y a là une cause d'erreur qui doit être prise en considération.

La paralysie brusque du muscle ciliaire d'origine asthénopique.

Chacun sait que les hypermétropes sont tout spécialement voués à la variété de fatigue oculaire qu'on appelle l'asthénopie accommodative. Ces sujets, en effet, dont l'axe antéro-postérieur de l'œil est trop court, ont besoin déjà d'un certain effort de leur muscle ciliaire pour amener sur leur rétine l'image des objets éloignés ; viennent-ils à fixer les objets rapprochés, cet effort s'accroît d'autant. Aussi sont-ils fréquemment, surtout à un certain âge, incapables de se livrer à tout travail prolongé ; après un moment d'application, ils sont obligés de se reposer, de fermer un instant les yeux. Si, malgré ces phénomènes, ils persistent à vouloir continuer leur occupation, des troubles visuels variés, et surtout de la céphalalgie frontale avec tiraillements au-dessus des globes oculaires et du côté des tempes, ne tardent pas à apparaître.

M. le Dr *Jacqueau*, de Lyon, cite une autre variété d'asthénopie accommodative, brusque, d'emblée complète, à laquelle peut être conviendrait mieux le nom de paralysie accommodative d'origine asthénopique par surmenage du muscle ciliaire.

On sait quelles causes multiples sont les facteurs ordinaires de la paralysie accommodative. Les maladies infectieuses, et par-dessus tout, la diphtérie, sont le plus souvent incriminées. La syphilis, le diabète, l'empoisonnement par les viandes faisandées, par les moules la provoquent. Il en est de même des phlegmasies cérébrales ou méningitiques, de certains troubles digestifs ou génitaux. Dans le domaine des maladies nerveuses, il faut citer la paralysie générale, exceptionnellement l'ataxie, l'hystéro-traumatisme, puis toutes les causes de compression du sympathique cervical. Il n'est pas, en un mot, de dyscrasies, de traumatismes ou de lésions qui par voie directe ou réflexe, ne puisse provoquer de paralysie accommodative.

Aucune de ces causes pourtant si variées ne se rapproche de celle pouvant être invoquée dans la paralysie par surmenage du muscle ci-

liaire. Il s'agit ici non pas de telle influence nerveuse ou de telle toxine inhibant l'action de celui-ci, mais bien d'une pure fatigue musculaire, d'une surcharge de la fonction qui ne permet plus à celle-ci de se produire même dans les limites normales. C'est un ressort auquel on a fait dépasser son degré d'élasticité et qui, dans ces conditions se met subitement à refuser ses services.

Un mécanisme absolument analogue pourrait expliquer une détente accommodative liée à un astigmatisme prononcé et bien supporté jusque là. Nul en effet n'ignore aujourd'hui qu'à un astigmastisme cornéen fort, objectivement constaté ne correspond parfois qu'une baisse insignifiante de l'acuité visuelle et que, sans nul stratagème apparent, le porteur de cette lésion peut lire ou écrire sans aucune fatigue. Or ceci n'est possible que par l'intermédiaire de corrections cristalliniennes partielles. Ces contractions partielles produisent sur le cristallin des déformations se moulant, si l'on peut ainsi dire, sur celles de la cornée, et par une imperfection artificielle de celui-ci remédient à l'imperfection naturelle de celle-là. Or, viennent ces contractions à cesser brusquement à la suite d'un effort de fixation, à un âge où le muscle ciliaire n'a plus la force de fournir un travail prolongé, l'astigmatisme latent sera rendu subitement évident, une ambiyopie brusque, en raison directe du degré d'astigmie, se déclarera.

Le seul traitement efficace, mais tout puissant celui-là, sera la correction aussi exacte que possible du degré de l'amétropie par des verres sphériques, convexes ou cylindriques, que l'on fera porter constamment. On pourra y joindre un collyre faible à la pilocarpine, favorisant ainsi la reprise des fonctions du muscle ciliaire.

Signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique.

M. le Dr *Fernet* a pris la parole à l'avant-dernière séance de l'Académie, pour indiquer les signes précoces de la tuberculose pulmonaire chronique, selon ses propres observations. Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire commençante est fort utile dans bien des circonstances : au moment de cette phase de début, on ne manque pas de signes physiques, mais le nombre ne vaut pas toujours la qualité.

« Les symptômes généraux sont la déchéance générale de l'organisme, la fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, l'accélération du pouls qui peut persister même en dehors de la fièvre, l'anémie. Quant à la disposition à s'enrhumer pendant les hivers, elle n'a aucune importance, car les arthritiques et les scrofuleux s'enrhument peut-être plus facilement que les tuberculeux.

« D'autres signes ont plus d'importance : un enrouement particulier, une anhélation facile, une petite toux sèche, les hémoptysies. Quand un crachement de sang survient chez un individu, dont la santé jusque-là était bonne, il faut penser à la tuberculose.

« Tous ces symptômes ne permettent pas d'arriver à la certitude. La micropolyadénie, la bronchite ne peuvent également qu'attirer l'attention sur la possibilité de la tuberculose.

« Le bacille de Koch ne se trouve pas au début de la maladie. Les rayons Rœntgen ne donnent pas encore de conclusions nettes, ce moyen n'a du moins pas encore fait ses preuves. Quant aux injections de tuberculine, elles ne sont pas sans danger chez l'homme.

« En ce qui concerne les signes physiques, la percussion, l'auscultation la palpation, leur valeur est depuis longtemps admise par tous les classiques.

« La matité et la diminution de la résistance au doigt, l'augmentation de la tonalité du son ne sont trouvés que lorsqu'il y a déjà de la congestion pulmonaire.

« L'auscultation fournit des signes plus précis ; ce sont des anomalies dans le murmure respiratoire. Sur le même rang, il convient de placer les résultats de l'auscultation plessimétrique.

« La pleurésie sèche du sommet est une présomption sérieuse de tuberculose pulmonaire, de même l'adénopathie trachéo-bronchique. Cette adénopathie est précoce dans la tuberculose et elle est très fréquente ; cependant elle n'est pas entrée dans la clinique. En même temps, il est fréquent de trouver un troisième signe dont le foyer est à la partie inférieure de la poitrine, du côté correspondant au sommet intéressé, c'est de l'œdème pulmonaire, de l'engorgement de la base, que M. Fernet croit être causés par l'adénopathie. »

La périarthrite scapulo-humérale.

On donne le nom de périarthrite scapulo-humérale à l'inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, débutant par une lésion primitive de la bourse séreuse sous-acromio-deltoïdienne accompagnée ou suivie d'une névrite du nerf circonflexe. (Dr Carpanetti. Thèse de Paris 1898.)

Au point de vue clinique, la périarthrite scapulo-humérale est une affection assez fréquente, pouvant résulter d'un traumatisme ou relever d'une cause générale.

Elle peut se présenter sous deux formes cliniques :

a) la *périarthrite à forme sèche ou plastique* (forme Jarjavay-Duplay) qui peut être *aiguë ou chronique*.

b) la *périarthrite avec épanchement séreux ou suppuré*.

La forme sèche ou plastique peut être d'un pronostic grave, au point de vue des fonctions du membre supérieur, si elle est méconnue ou mal soignée.

Le traitement, qui doit être surtout local, peut se résumer ainsi :

a) dans la forme aiguë, immobilité et enveloppement ouaté du moignon. — Faire rapidement du massage, de la gymnastique du membre. — Douches sulfureuses.

b) dans la forme chronique, rompre sous le chloroforme les adhérences fibreuses, si elles sont anciennes. — Faire suivre cette manœuvre de séances répétées de massage, de gymnastique. Application de courants faradiques sur les muscles atrophiés. — Douches sulfureuses.

c) Quand il y a un épanchement, évacuer par une ponction simple s'il est séreux, par une incision large s'il est purulent.

Le traitement indiqué pour les formes précédentes est applicable aux raideurs articulaires

consécutives, à moins de processus inflammatoire nouveau.

L'hématocèle rétro-utérine.

D'après M. le Dr *Ad. Belzer*, le traitement de l'hématocèle rétro-utérine comprend deux modes : l'expectation suivie de soins médicaux et l'intervention chirurgicale.

La tendance actuelle consiste à intervenir dans presque tous les cas surtout par la colpotomie postérieure.

Cette tendance est exagérée. On pratique la colpotomie dans bien des cas, qui guériraient par l'expectation seule.

A côté des cas, qui guérissent par l'expectation, il y en a d'autres qui réclament l'intervention.

D'ailleurs, voici, en quelques mots, les indications de traitement selon M. Belzer ; l'hématocède peut revêtir deux formes, la forme pyrétique et la forme apyrétique. Dans la forme pyrétique, l'hématocèle n'est jamais suppurée d'emblée, lorsqu'on fait toutefois une antisepsie rigoureuse du canal utéro-vaginal. Cette antisepsie n'est pas toujours réalisable ; l'hématocèle devient donc pyrétique quelques jours après son début. Au reste, les cas d'hématocèle suppurée sont heureusement peu fréquents. Quoi qu'il en soit, et dans ce cas même, on peut toujours diagnostiquer la suppuration de l'hématocèle rétro-utérine. Car, en plus des symptômes propres à l'hématocèle, la suppuration se révèle par des frissons, de la fièvre persistante et continue pendant quelques jours, puis par la recrudescence de la douleur, qui devient plus vive et plus aiguë ; elle se révèle encore par des modifications de la tumeur qui devient plus tendue ; enfin, dans certains cas, par le météorisme et le ballonnement brusque du ventre. Tous ces symptômes ne sont pas constants dans leur ensemble, mais il en est un qui est la caractéristique de cette forme : c'est la fièvre continue. Faisons remarquer, à ce propos, qu'on ne doit pas confondre l'élévation de la température observée dans la forme apyrétique avec celle qui se produit dans la forme pyrétique ; dans le premier cas, l'élévation de la température a lieu souvent sous l'influence de la constipation ou de la diarrhée : dès lors cette élévation sera passagère et disparaîtra par un traitement médical approprié; dans le second cas — forme pyrétique — elle présentera des caractères continus et persistants.

Dans cette dernière hypothèse, le praticien se trouve en face d'une collection purulente du petit bassin ; il devra donc donner issue au pus, et pratiquer la colpotomie postérieure qui, ici, s'impose impérieusement.

La forme apyrétique est la plus fréquente. Dans cette forme, nous distinguerons trois variétés :

a) Variété dite « inondation péritonéale » (Tuffier) ; ici l'hémorragie se produit brusquement et abondamment, elle inonde toute la cavité péritonéale ; la malade est presque exsangue, pâle et décolorée ; elle meurt souvent par anémie suraiguë. La mort peut survenir dans un intervalle variant d'un quart d'heure à vingt-quatre heures. La mortalité, en effet, est très fréquente dans ces cas, ainsi que le prouvent les sombres statistiques de Binaud, Weinstein, Cestan et d'autres. Il faut donc aussi rapidement que possible tarir cette source d'hémorragie et pratiquer la laparotomie.

b) Variété, dite hématocèle « à hémorragies répétées ». L'hémorragie primitive se reproduit à intervalles assez rapprochés, au point de menacer la vie de la malade. Ici nous trouvons tous les symptômes de l'hémorragie interne : pâleur subite, refroidissement des extrémités, tendance syncopale, pouls faible et filiforme, et surtout accroissement subit de la tumeur. Tous ces symptômes nous indiquent que l'hémorragie primitive n'est pas arrêtée, qu'il faut aller à la recherche de la source hémorragique et faire la laparotomie.

Cette laparotomie devra être suivie de drainage du cul-de-sac postérieur par le vagin, pour éviter les phénomènes de suppuration par suite de l'irritation du péritoine depuis l'accident primitif.

M. le Prof. Lanelongue, de Bordeaux, a eu l'occasion récemment de pratiquer une opération analogue suivie de drainage vaginal.

c) Variété dite « hématocèle à hémorragie unique ». Dans ce cas, l'hémorragie se produit une seule fois, et c'est à lui, que nous appliquons la théorie de l'expectation suivie des soins médicaux.

Toutefois nous ajoutons expressément que, si au bout de trois à quatres semaines de repos absolu, la tumeur n'a pas de tendance à diminuer, il faut venir en aide à la nature, vider les caillots et le sang, c'est-à-dire faire la colpotomie postérieure.

Telles sont les indications à suivre dans le traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur agrégé Delbet.

I

Amputation ostéo-plastique de la jambe.

La chirurgie vient d'entrer, à propos des amputations en général, et de celle de la jambe en particulier, dans une voie nouvelle qui promet d'être particulièrement féconde en résultats.

Il ne s'agit plus, en l'espèce, de tailler un lambeau parfaitement nourri, mais en réalité de permettre au patient de conserver le plus possible du membre et surtout d'utiliser le moignon ainsi créé.

L'amputation classique de la jambe peut se pratiquer, nous le savons :

1° Immédiatement au-dessus des malléoles, lorsque les lésions sont peu considérables et n'ont pas entamé la jambe proprement dite, circonstance malheureusement assez rare.

Cette amputation sus-malléolaire, dite de Guyon, donne en général les meilleurs résultats car, à ce niveau, la portion osseuse tibiale sectionnée est assez épaisse et assez résistante pour permettre au blessé d'appuyer sur son moignon. En pareil cas, l'opéré peut faire sans difficulté les travaux les plus pénibles avec l'aide d'un simple pied artificiel et nous avons tous rencontré de ces sujets, chez lesquels il eût été vraiment difficile de soupçonner leur état sans

être prévenu : tant leur façon de marcher est voisine de la normale.

Mais il n'en est plus de même, il s'en faut, lorsque les altérations pathologiques du membre nécessitent une amputation au-dessus des malléoles. La surface osseuse alors sectionnée est constituée par le péroné et la partie grêle du tibia, c'est-à-dire par deux baguettes trop fines pour tolérer le poids du corps sans perforer ou ulcérer la peau du moignon. Dans ces conditions, l'amputé est toujours obligé de marcher sur le genou avec un pilon et il n'y a aucun avantage à sectionner la jambe à la partie moyenne : le moignon ainsi obtenu serait, en effet, inutile, comme nous venons de le dire ; il serait en outre nuisible, car ce long appendice plié à angle droit sur la cuisse vient s'embarrasser dans tout ce qu'il rencontre. D'ailleurs les malades réclament souvent d'eux-mêmes la résection de cette portion de membre gênante.

Il existe bien, il est vrai, un appareil orthopédique délicat et compliqué prenant appui sur les plateaux du tibia et sur l'ischion, permettant encore la marche avec un pied artificiel ; toutefois il s'agit d'un appareil de luxe, incapable de subir la moindre fatigue, ne s'adressant pas à la majorité de nos opérés, par conséquent.

Aussi, en présence de tels résultats, les chirurgiens étaient-ils tombés d'accord pour toujours pratiquer, en semblable circonstance :

2° L'amputation de la jambe au tiers supérieur à cinq travers de doigts au-dessous de l'interligne articulaire : c'était le *lieu d'élection* en médecine opératoire du membre inférieur. Avec ce procédé, le moignon est court, solide et l'opéré marche sur le genou, à l'aide d'un pilon.

Ainsi donc, l'amputation de la jambe, hier encore, se faisait en deux endroits et en deux endroits seulement : tout à fait en haut, au lieu dit d'élection à cinq travers de doigts au-dessous de l'interligne du genou, ou tout à fait en bas, immédiatement au-dessus des malléoles.

Cependant les chirurgiens cherchaient toujours et la question restait ouverte : n'y aurait-il pas un procédé pour amputer la jambe à la partie moyenne, tout en créant un moignon capable de porter un pied artificiel utilisable. L'importance de cette étude dépassait de beaucoup, comme on le voit, la recherche de la taille des lambeaux.

Eh bien, depuis quelque temps, une méthode nouvelle, nommée ostéo-plastique, permet à ce sujet les plus grandes espérances.

Voici en quoi elle consiste. Donnons ici seulement le but proposé, sans entrer véritablement dans les détails opératoires très longs et très minutieux.

Le péroné et le tibia sont sciés au même niveau en ayant soin de conserver une lamelle osseuse de ce dernier. Cette languette sera prise longitudinalement, taillée suivant l'axe du tibia, parallèlement à sa face antérieure en gardant le périoste et la peau qui la recouvre.

Son épaisseur sera de un centimètre et sa hauteur correspondra à la largeur du moignon.

Alors, avec quelques traits de scie, on libère la lamelle en haut sans entamer le périoste et on la rabat, enfin, en l'appliquant sur la surface même de section du tibia et du péroné, constituant, de cette façon, une masse osseuse résistante et solide. Il convient d'ailleurs d'opérer aussi bas que possible pour se rapprocher de l'amputation de Guyon.

Grâce à l'ostéo-plastie, l'infirmité si pénible des amputations sera, espérons-le, extrêmement réduite et un grand nombre de nos malades pourront, dès lors, marcher réellement, avec un pied artificiel et dissimuler aisément leur infirmité.

II

Des méthodes de dilatation dans les rétrécissements du rectum.

Les rétrécissements du rectum, de même que leurs voisins, les rétrécissements de l'urèthre, sont justiciables, dans certaines conditions, du traitement par dilatation.

Sans entrer précisément dans le détail des indications et des contre-indications de cette méthode thérapeutique, nous allons indiquer uniquement comment elle peut et doit être pratiquée.

Le procédé le plus ancien est la dilatation lente et progressive. Il y a longtemps déjà, Desault prétendait agir sur les rétrécissements rectaux en y portant des topiques chargés sur des mèches. En réalité, les heureux résultats ainsi obtenus, que Desault attribuait naturellement aux pommades étaient à peu près uniquement dus à la dilatation produite par les mèches elles-mêmes ; employées seules, en effet, ces dernières ont procuré les mêmes effets. Ainsi est née la dilatation lente.

Actuellement, pour la pratiquer, on se sert de bougies en tout semblables aux bougies dilatatrices de la cavité utérine, dites bougies d'Hegar.

La dilatation lente, d'ailleurs, peut être permanente ou temporaire, suivant que le cathéter est laissé à demeure plusieurs jours ou quelques minutes seulement, et nous retrouvons ici encore l'analogie du traitement des rétrécissements du rectum avec celui des rétrécissements de l'urèthre. Contrairement à ces derniers toutefois, la dilatation rectale permanente, nécessite des bougies creuses, pour permettre l'évacuation des matières fécales incapables de passer le long du cathéter, comme le fait l'urine.

Cette dilatation permanente défendue par Crédé, ne paraît pas cependant donner de bons résultats. Elle est très difficile à supporter pour l'anus qui s'irrite et devient le siège de vives épreintes. On a bien, il est vrai, modifié les bougies, en amincissant la partie qui traverse le sphincter anal ; mais, malgré cela, il se produit encore des phénomènes de spasmes et aussi de l'irritation de la muqueuse rectale.

La dilatation lente, de beaucoup la plus avantageuse et la plus employée, est la dilatation *temporaire progressive*. Elle consiste à faire passer, comme pour l'urèthre, plusieurs bougies de calibre progressif, par séance, en commençant par les deux ou trois derniers instruments employés la fois précédente. En pratique, cette dernière méthode rend véritablement les plus grands services. Elle permet dans les rétrécissements serrés, par exemple, de faire évacuer les matières fécales et de soulager ainsi notablement les malades. Cependant il existe des rectums qui la supportent mal, sur lesquels elle provoque des ulcérations : il est nécessaire, alors, de ne pas insister et de s'adresser à d'autres traitements.

A côté du procédé lent et progressif que nous venons de décrire, il existe des procédés de dilatation au contraire *rapides*. Quelques-uns sont brusques, comme la dilatation avec les appareils divulseurs : moyens dangereux, exposant à de graves accidents. Vous les rejetterez absolument de votre pratique.

M. Segond dilate rapidement et progressivement avec le doigt, se rendant ainsi beaucoup mieux compte de l'opération.

Credé emploie le chloroforme et pratique avec une série de bougies, une dilatation analogue à la dilatation extemporanée de la cavité utérine. Il arrive jusqu'aux numéros 18 ou 20 de la filière Hégar et continue, ensuite, les jours après, par la dilatation temporaire progressive.

Bien que les méthodes de Segond et de Credé aient pu donner des résultats avantageux, il est toujours préférable, cependant, dans la majorité des cas de s'en tenir, en fait de dilatation du rectum, au procédé temporaire progressif.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

FAITS CLINIQUES

A propos d'un cas de fièvre typhoïde à rechute

Par Léon Mabille

Préparateur des Travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Lille.

Nous ne voulons pas ici donner une observation complète d'un cas de fièvre typhoïde à rechute, mais, sur le conseil de M. le Professeur Lemoine, mettre simplement en relief quelques particularités intéressantes. Il s'agit d'un malade adulte soigné par M. le Docteur Looten et M. le Professeur Lemoine.

L'étiologie est banale. Ingestion d'eau contaminée chez un homme dont l'organisme, fatigué par un surmenage quotidien, était, en outre, débilité par une grippe récente et une coqueluche de longue durée.

Après quelques jours de malaise, une céphalalgie violente survint, accompagnée d'une forte lassitude, puis aussitôt se déclara un état de stupeur et de prostration complète. Inerte dans son lit, M. X... était en proie à une demi-somnolence d'où il était difficile de le tirer.

La température monta vite aux environs de 40° sans presque de rémissions. La quinine, administrée à ce moment à fortes doses, n'avait aucun effet thérapeutique. Du côté du système digestif, pas de phénomènes à grands fracas, anorexie, légère diarrhée.

Bientôt apparurent les épistaxis et les taches rosées. On était donc bien, comme on le supposait dès le début, en face d'une dothiénentérie. La méthode de Brandt fut immédiatement prescrite et les bains froids, qui devenaient la seule ressource thérapeutique, furent administrés en moyenne toutes les trois heures.

***

Les *épistaxis* furent relativement abondantes et nécessitèrent le tamponnement avec de l'eau oxygénée. Ils eurent une curieuse influence sur la courbe de la température prise avant et après le bain. La température de 40° avant le bain descendait à 37° après le bain, ce qui faisait un écart de 3°. Or, après la cessation des épistaxis, pareil phénomène ne fut plus constaté. L'écart entre l'entrée dans le bain et la sortie n'étant plus alors que de 1° à 1° 1/2 pendant du moins la première crise de fièvre typhoïde. L'épistaxis n'amenait pas, comme l'ont signalé les auteurs, un abaissement définitif de la courbe thermique, mais tout simplement une augmentation de l'effet antithermique du bain, puisque la température remontait très vite, quelques instants après, aux environs de 40°.

L'éruption des taches rosées ne se limita pas au tronc et au ventre comme il arrive d'habitude, il y en avait sur les membres. Des taches ardoisées très nettes, en forme de fer à cheval, furent notées sur les faces latérales du thorax.

En présence des phénomènes nerveux très intenses et de l'abondance de l'éruption, les médecins traitants pronostiquaient à la famille une fièvre très infectieuse et pouvant donner lieu à une rechute. Ce sont des symptômes sur lesquels M. le Professeur Lemoine s'appuie beaucoup pour établir un pronostic. Il a déjà constaté en effet que la plupart des fièvres typhoïdes à rechute sont, dès le début, caractérisées par des phénomènes de prostration très intenses et par l'abondance de l'éruption alors que, parallèlement il n'y a pas d'accidents appréciables du côté de l'intestin. Dans ces cas, la fièvre typhoïde semble se diviser en deux périodes : une première, où l'infection frappe surtout le système nerveux ; une seconde, la rechute où l'intestin à son tour est le principal intéressé. Entre ces deux périodes, il y a un espace d'accalmie. Ainsi, dans le cas qui nous occupe ici, au 21e jour présumé de la maladie, la température descendit le matin à 37°3, le soir à 37.5 ;

le 22e jour, le matin à 37°, le soir, à 37·5 ;
le 23e jour, — à 37°, — à 37·4 ;
le 24e jour, — à 36·9. 37·5

En même temps, les phénomènes morbides étaient disparus. Le 25e jour, la température remontait à 37°. Les jours suivants, aux environs de 38°, pour atteindre le 29e jour 39° et le 30e près de 40°. Le malade eut une nouvelle éruption de taches rosées. Ce qui caractérisa cette seconde fièvre typhoïde, c'est d'abord la disparition des phénomènes nerveux constatés dans la 1re et les grandes oscillations thermiques notées avant et après chaque bain. L'écart en moyenne était de 2° à 2° 1/2.

Pendant toute la maladie, le pouls fut fort élevé. Il resta aux environs de 110 à 120, atteignant certaines nuits jusqu'à 140 et 150, avec des intermittences et irrégularités. Le cœur presenta parfois une diminution dans la force et l'intensité de ses bruits. On sait combien est grave le pronostic dans les cas où le pouls dépasse 110. La statistique de Murchison est bien nette sur ce point.

Sur 30 cas où le pouls fut au-dessous de 110, il n'y eut pas un seul décès ;

Sur 70 cas où le pouls fut à 110, il y eut 25 décès, soit 30 % ;

Sur 32 cas où le pouls fut à 120, il y eut 25 décès, soit 47 % ;

Sur 25 cas où le pouls fut à 130, il y eut 13 décès, soit 52 %,

Sur 10 cas où le pouls fut à 140, il y eut 6 décès, soit 60 % ;

La thérapeutique employée contre l'affaiblissement du myocarde fut : 1° les injections hypodermiques de caféine ; 2° les injections de sulfate de strychnine. Les premières agissant sur le système nerveux, les secondes sur la fibre musculaire elle-même. Le résultat fut très bon. Le cœur n'eut plus de défaillance et l'on peut penser que l'administration de tels médicaments actifs, donnés au moment opportun, peut avoir grande importance pour éviter les accidents cardiaques si communs dans la dothiénentérie.

Les bains froids étaient administrés toutes les trois heures en moyenne. Si la température montait trop vite après le bain, M. le Professeur Lemoine avait recommandé de placer sur l'abdomen du malade des compresses imbibées d'eau froide. C'est là un moyen qui fait toujours disparaître l'élévation de la chaleur. Si ce procédé incommode trop le dothiénentérique, M. Lemoine conseille de faire absorber de petits cachets d'acide salicylique à 0 gr. 25 cent, chaque, ce médicament a, en plus de sa propriété antithermique, l'avantage d'être un antiseptique intestinal.

Le malade, dont nous avons relaté ici certains points particuliers de son affection, a pris près de 200 bains à 18° ; mais..., il est sorti guéri de cette fièvre typhoïde très infectieuse qui eût été fort probablement fatale avec les anciennes méthodes de traitement de la dothiénenterie (1).

THERAPEUTIQUE

Sanatoriums — Stations hivernales.

(par le D F. Toussaint d'Hyères.)

Les discussions académiques récentes et le Congrès du mois de juillet ont prouvé une fois de plus que, seul, le traitement hygiénique pouvait donner des résultats efficaces dans le traitement de la tuberculose. La cure d'air, qui constitue un élément capital de ce traitement, est en été, facilement réalisable partout, sauf dans les villes. Quand arrive la saison d'hiver, la question se pose de savoir où envoyer les malades, et le médecin est bien souvent embarrassé pour prendre une décision, car il est obligé de tenir compte, dans la plupart des cas, d'éléments extramédicaux, de conditions, de convenances personnelles qui ne lui permettent pas toujours de diriger son malade là où il le voudrait.

Au point de vue médical pur, les opinions sont variables. Pour les uns, fervents adeptes des climats d'altitude, il ne saurait y avoir de résultats favorables que dans les sanatoriums de la haute montagne. D'autres repoussent systématiquement ce mode de traitement. Le plus grand nombre sont éclectiques et cherchent à adapter à tel ou tel cas une solution particulière.

I

Quand on parle de Sanatorium, il faut considérer deux choses : le principe de l'établissement fermé, indépendamment de l'endroit où il est situé, et le sanatorium de haute altitude où l'on va chercher un climat particulier. Ceux-ci, pour l'instant, n'existent qu'à l'étranger et je n'hésite pas à déclarer que sauf de très rares exceptions, c'est un tort absolu d'y envoyer nos compatriotes. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire l'article publié récemment par le Dr Sersiron (*Journal des Praticiens*, 3 septembre), où il nous rapporte une série de lettres de malades qui se sont ainsi expatriés, dans l'espoir de trouver au loin ce qu'ils croient ne devoir jamais rencontrer ici. Il suffira de citer quelques passages de ces lettres pour montrer l'état d'âme de ces malheureux.

« Même bien portant, dit l'un, le Français souffre de s'expatrier : à plus forte raison quand il est malade et qu'il est devenu facilement impressionnable par sa cruelle maladie. Sa famille lui manque, sa patrie aussi ; son genre de vie, ses goûts, ses habitudes sont changés. »

« Familiarisé avec la maladie, écrit un autre, j'ai pu constater que l'habitat de toutes ces stations, présentait pour nous, Français, tant d'inconvénients que les bienfaits physiologiques du traitement étaient en partie annihilés par le malaise moral qui nous y éprouvions.......... Quelle amélioration attendre chez un sujet en qui tout contribue à accroître l'irritabilité nerveuse ou la dépression morale : soins mercenaires, entourage étranger, spectacle de la maladie et des souffrances d'autrui, éloignement de la patrie, etc.

Ces citations suffisent et justifient (en exceptant l'Algérie) la campagne entreprise pour engager les médecins à ne pas favoriser cette exportation des malades. C'est pour ce motif que le Congrès de la Tuberculose, sur le rapport si documenté de notre excellent confrère P. Le Gendre a émis le vœu de voir créer en France de petits sanatoriums, parce que les grands établissements nécessitent une mise de fonds énorme et aussi parce beaucoup de malades se refusent à aller s'hospitaliser en grand nombre. Pour l'instant, les sanatoriums français sont rares ; nous n'avons que ceux de Durtol en Auvergne et du Canigou, dans les Pyrénées, et enfin celui du Dr Crouzet à Pau, qui ne peut recevoir que *dix malades. L'avenir montrera si la* création souhaitée de nouveaux établissements, est pratiquement réalisable.

Ce qu'on cherche en envoyant un malade dans un sanatorium, c'est lui apprendre à se soigner et à mettre méthodiquement en pratique les éléments hygiéniques : repos, aération, alimentation. On lui apprend aussi les dangers de la contagion, en exigeant qu'il se serve toujours d'un crachoir. Tout cela s'obtient par une surveillance médicale constante et par l'exemple et l'entraînement des voisins. On conçoit que, dans bien des cas, cette mise en tutelle du malade donne d'excellents résultats, mais malheureusement ce sont ceux qui auraient le plus besoin d'être maintenus dans un sanatorium, qui se refusent à y aller. Ne voulant pas déjà chez eux se soumettre à une discipline sévère ou même à une réglementation de vie persévérante, à plus forte raison refusent-ils d'aller s'hospitaliser au loin.

Enfin, il est bon de rappeler également qu'à l'heure présente on n'admet, avec raison, au sanatorium, que les malades peu atteints et susceptibles de guérison, car on ne peut faire vivre ensemble des tuberculeux à toutes les périodes : cela diminue beaucoup le nombre des malades

(1) Extrait du *Nord Médical*.

qu'on peut y adresser. Pourra-t-on créer des établissements pour les malades à une période avancée, comme le demande M. Le Gendre ? il sera peut-être difficile de faire cette sélection et de réunir des malades gravement atteints, sans qu'il en résulte pour eux un préjudice moral considérable.

II

Puisque personne ne croit plus à la spécificité des climats, on ne saurait, a priori, admettre une supériorité du climat d'altitude ; on ne peut lui attribuer que la possibilité d'y faire, dans de bonnes conditions, une cure d'air parfaite. C'est, en somme, ce que nous dit M. P. Le Gendre dans son rapport.

« Il faut distinguer, dans les avantages inhérents au sanatorium, la part du climat et la part qui revient à la cure d'air, enfin celle qui revient à la surveillance médicale incessante. Il ne me paraît pas exagéré de dire que le premier avantage est d'une importance moindre que les deux derniers ».

C'est dire que partout où il y aura de l'air pur, des installations capables de recevoir des malades et une surveillance médicale active, les tuberculeux pourront retirer des avantages de leur séjour.

Toutes ces conditions se trouvent dans les stations hivernales et l'on peut dire, sans exagération, que chaque fois que des malades n'ont pas retiré d'une saison dans une de ces stations des résultats satisfaisants, il faut presque toujours en attribuer la cause, non pas au climat, mais à eux-mêmes. Je fais exception, bien entendu, pour les malades arrivés à une période où il n'y a plus rien à espérer.

Le grand tort des malades, qu'on adresse dans le Midi, est de croire que, du moment où ils ont quitté les régions moins clémentes, il leur est loisible de vivre comme tout le monde, de se promener du matin au soir et par tous les temps. La vérité, et c'est à leur médecin à les en avertir, avant qu'il ne les envoie, c'est qu'ils doivent venir dans une station hivernale *pour y faire une cure.* Il faut qu'ils sachent que tout climat, à côté de ses avantages, a ses inconvénients et que seul le médecin peut et doit diriger leur vie pendant les mois qu'ils vont consacrer à leur traitement. Il faut qu'on les avertisse qu'ils doivent faire leur sanatorium chez eux, que leur alimentation, leurs promenades, leur cure doivent être réglés au jour le jour. Sans cela il vaudrait beaucoup mieux qu'ils ne se déplacent pas, surtout s'ils vont dans des stations mondaines qui leur offrent des plaisirs qu'ils ne trouvent pas habituellement chez eux et dont ils sont, par suite, portés à abuser, alors qu'il ne devraient pas en user du tout.

Les griefs qu'on a relevés contre les stations hivernales sont principalement la crainte de la contamination et la liberté trop grande dont jouissent les malades. Nous venons de répondre à ce dernier point. Avec des malades dociles, qui ont bien compris leur véritable état de santé et auquel on a dit la vérité, ce danger n'existe pas.

Le danger de la contagion mérite qu'on s'y arrête et qu'on le discute. Dans toutes les stations hivernales, il existe maintenant un service de désinfection. Il est possible à l'hivernant, dès son arrivée, de s'assurer que ces précautions de désinfection ont été prises, ou, mieux encore, de faire désinfecter lui-même le logemnnt qu'il va occuper, ce qui se fait à très peu de frais. Mais, il ne faut pas oublier que le midi possède un élément de désinfection parfait auquel le bacille tuberculeux ne résiste pas, c'est le rayon solaire. Tout l'hiver, presque tous les jours, et toute la journée, le soleil pénétre dans les chambres de nos malades et va y détruire les bacilles qui ont échappé au crachoir. D'une saison à l'autre, pendant tout l'été, ce désinfecteur natutel fonctionne d'une façon intensive. La meilleure preuve que l'on puisse d'ailleurs donner de ce fait, c'est que si, dans le Midi comme partout, il y a des tuberculeux, ceux-ci ne sont pas plus nombreux qu'ailleurs.

III.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous n'avons pas eu l'intention de faire une étude complète de cette question si complexe du choix d'une station pour les tuberculeux. Nous n'avons voulu que relever quelques points les plus discutés. Il nous reste à chercher à établir quelle conduite devra tenir le médecin traitant, en présence d'un malade qu'il juge utile de sortir, pour l'hiver, du climat où il vit.

S'il s'agit d'un malade au début, susceptible d'être reçu dans un sanatorium, on pourra le lui proposer, mais je crois qu'il faudra, pour les raisons exposées plus haut, éliminer d'emblée les sanatoriums étrangers et ne l'adresser qu'à un établissement français ou tout au moins de langue française. Mais souvent on échouera, surtout lorsqu'il s'agira de malades qui ont une famille qu'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas emmener avec eux.

« Ni Davos, ni Leysin, dit M. Barth, ne peuvent être conseillés, pour l'hiver du moins, aux malades pusillanimes, à imagination vive, à volonté mobile et vacillante, dont le faible cerveau reflète la couleur du temps : ils ont le mal du pays, cessent de réagir et leur état s'aggrave rapidement ; une prompte fuite est leur seule ressource. »

Lorsqu'il s'agira d'un malade qui, pour les raisons énumérées plus haut, ne voudra pas ou ne pourra aller dans un sanatorium, ou bien lorsqu'il sera à une période de sa maladie où il n'y serait pas reçu, alors on l'enverra avec avantage dans une station hivernale. Mais, avant son départ, son médecin habituel devra lui faire certaines recommandations. Il devra lui rappeler d'abord que dès son arrivée, *sa première visite*, avant de choisir une installation, *sera pour le médecin* auquel il est adressé, car lui seul lui donnera à ce point de vue, un conseil compétent et désintéressé. Il lui rappellera en outre qu'il va dans le midi pour faire une cure, c'est-à-dire pour être guidé complètement et non pour faire un traitement de fantaisie qui ne peut être que désastreux. Il lui dira en outre, et c'est très important, qu'il ne devra jamais remonter vers le nord avant le mois d'avril et même la fin d'avril. Il vaut mieux venir dans le midi en novembre pour partir en avril, que de venir en octobre et de rentrer en mars comme le font, à tort, beaucoup de malades.

Y a-t-il des indications particulières pour le choix de telle ou telle station, suivant la forme

de la maladie ? A ce point de vue, on ne peut donner en somme qu'une formule assez générale, car bien souvent deux malades qui sembleront devoir bénéficier également du séjour dans le même climat, obtiendront des résultats tout différents. Les malades très congestifs, à fièvre continue, à hémoptysies répétées sont de préférence adressés dans les stations du sud-ouest (Pau-Arcachon), où ils trouvent un climat humide. Ceux qui, au contraire, ont besoin d'un climat sec plus tonique, ceux qu'on veut faire vivre dans une atmosphère plus excitante, viendront sur la côte Méditerranéenne. Là encore il y aura des nuances à observer dans le choix de la station, les stations situées au bord de la mer étant plus excitantes (Cannes-Menton) que celles qui en sont plus éloignées (Grasse-Le Canet-Hyères).

On le voit, et on ne saurait trop le répéter, nous possédons en France des éléments très suffisants pour soigner nos tuberculeux. Aussi ne peut-on qu'applaudir aux efforts de tous ceux qui luttent pour développer chez nous les stations hivernales, les sanatoriums, les cures d'altitude pour l'été. Déjà de grands progrès ont été réalisés à ce point de vue depuis vingt ans ; nul doute que ce mouvement ne s'accentue encore, car, plus que jamais, la médecine recherche, dans l'hygiène, des auxiliaires puissants et vraiment efficaces.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite.

Le rapport général sur le fonctionnement du service de l'Assistance médicale gratuite, en France, pendant l'année 1896, présenté par M. Monod, au Ministre de l'Intérieur vient de paraître.

Nous y voyons d'abord que 15 départements ont organisé le service en 1896 : Ain, Aube, Calvados, Cantal, Corse, Dordogne, Drôme, Eure-et-Loir, Hérault, Isère, Loire, Maine-et-Loire, Orne, Indre-et-Loire, Haute-Savoie. — Le nombre des départements où le service fonctionne d'une manière régulière se trouve donc, pour cette année, porté à 78.

Le rapport mentionne ensuite les modifications apportées dans les règlements départementaux, dans le rattachement des communes aux hospices régionaux et locaux, sur l'emploi des ressources, etc..., etc....

Ces documents sont intéressants sans aucun doute, mais ils ne sauraient nous préoccuper autant que l'organisation médicale proprement dite ; aussi est-ce de cette seule partie du rapport que nous voulons parler.

Combien y a-t-il eu d'assistés portés sur les listes ? Combien ont été soignés ? Quelles sommes ont reçues les médecins et les sages-femmes ? Quelles sommes ont été consacrées au service pharmaceutique — ce sont là autant de questions qui nous intéressent au suprême degré.

Nous avons groupé en un tableau les chiffres divers que nous avons trouvés dans le rappor général ; nous prions nos lecteurs de vouloit bien comparer à celui que nous avons publié l'an dernier (*Concours médical*, 1897, n° 22, *page* 259.)

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DES ASSISTÉS		SOMMES ALLOUÉES			MODE DE RÉMUNÉRATION des Médecins.	DÉSIGNATION DU MÉDECIN
	Inscrits	Soignés	Médecins.	Sages-femmes	Médicaments et Appareils		
Ain	9.878	1.781	7.726 20	»	9.654.77	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Aisne	20.262	7.855	40.793 »»	6.825 »»	19.580.11	Abonnement.	Circonscription.
Allier	8.240	2.380	11.442 67	883 25	23.081.86	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Alpes (Basses).	3.756	983	11.069 66	476 25	7.510.27	id.	id.
Alpes (Hautes).	8.346	1.343	16.831 75	294 50	6.503.87	Les 2 systèmes conjointement.	Les 2 systèmes conjointement.
Alpes-Maritimes	»	»	»	»	»	Abonnement.	Circonscriptions.
Ardèche	15.392	2.259	9.673 27	1.113 95	15.449.30	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Ardennes	4.240	1.690	11.088 50	260 »»	15.343 »»	id.	id.
Ariège	18.058	2.432	(a) 21.512 36	780 »»	28.417.61	Abonnement.	id.
Aube	4.739	739	9.410 »»	»	3.904.58	Les 2 systèmes.	Système mixte.
Aude	20.047	5.849	42.293 22	897 »»	34.920.87	A la visite.	Circonscriptions.
Aveyron	»	»	»	»	»	id.	Au choix de l'assisté.
Bouches-du-Rhône	3 474	1.287	15.904 75	690 75	12.465.57	id.	id.
Calvados	6.752	462	2.951 50	126 »»	2.271 »»	id.	id.
Cantal	6.138	1.361	7.364 75	494 »»	6.691.36	id.	id.
Charente	9.521	2.106	20.870 35	827 50	11.680.24	id.	id.
Charente-Inf.	12.935	4.054	32.783 50	3.776 75	29.992.46	id.	id.
Cher	14.801	3.504	22.926 50	715 »»	21.976.75	Abonnement.	Circonscriptions.
Corrèze	23.086	8.080	27.584 20	1.270 »»	34.779.49	id.	id.
Corse	24.231	8.861	62.741 49	»	49.571.85	id.	Circonscriptions.
Côte-d'Or	10.523	1.380	10.990 50	807 »»	9.469.10	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Côtes-du-Nord.	35 930	4.259	41.989 70	1.390 70	28.305.21	id.	id.
Creuse	4.369	1.215	10.911 33	883 85	14.534.83	id.	id.
Dordogne	17.871	4.491	26.096 50	2.558 30	19.925.50	id.	id.
Doubs	5.944	2.705	26.630 »»	180 »»	9.090.42	Abonnement.	Circonscriptions.
Drôme	5.626	1.826	36.699 34	2.359 »»	12.166.18	Abonnement.	id.

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DES ASSISTÉS		SOMMES ALLOUÉES			MODE DE RÉMUNÉRATION des Médecins	DÉSIGNATION DU MÉDECIN
	Inscrits	Soignés	Médecins	Sages-femmes	Médicaments et Appareils		
Eure	12.853	4.151	31.558 15	2.468 15	34.733.42	A la visite.	Circonscriptions.
Eure-et-Loir	11.093	1.861	18.658 80	3.392 55	13.603.94	Les 2 systèmes.	Les 2 systèmes.
Finistère	40.225	7.608	34.591 77	4.255 13	30 463.22	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Gard	»	»	»	»	»	A la visite.	id.
Garonne (Haute)	31.735	12.587	102.974 37	4.879 60	102.413.25	Abonnement.	Système mixte.
Gers	6.374	4.531	18.396 75	660 »»	20.339.26	Les 2 systèmes.	Les 2 systèmes.
Gironde	10.319	3.820	55.279 21	3.482 50	59.004.13	id.	Système mixte.
Hérault	15.127	3 354	40.667 97	1.139 50	26.425.33	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Ille-et-Vilaine	59.600	12.000	59.670 91	1.186 »»	25.667.34	id.	Circonscriptions.
Indre	9.329	4.092	13.824 45	539 25	13.716.68	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Indre-et-Loire	13.029	3.600	23.153 65	1.550 »»	16.393.68	id.	id.
Isère	33.031	13.405	19.757 85	440 »»	21.894.34	Abonnement.	Circonscriptions.
Jura	13.583	2.007	18.719 50	3.095 43	13.385.92	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Landes	»	»	»	»	»	id.	id.
Loir et-Cher	12.129	2.646	29.892 70	1.696 50	20.046.85	id.	id.
Loire	22.818	7.244	32.528 75	2.716 62	33.348.68	id.	Circonscriptions.
Loire (Haute)	7.911	2.012	21.225 66	410 »»	8.542.55	Abonnement.	id.
Loire-Inférieure	11.320	3.637	13.899 80	1.158 »»	18.902.20	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Loiret	18.706	5.453	38.338 50	2.355 »»	29.427 »»	id.	Circonscriptions.
Lot	25.613	8.871	28.393 86	606 08	50.638.94	Abonnement.	Système mixte.
Lot-et-Garonne	»	»	»	»	»	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Lozère	8.133	1.821	18.473 »»	677 50	12.251.60	id.	id.
Maine-et-Loire	17.931	3.976	21.837 75	2.472 »»	23.132.62	Les 2 systèmes.	Les 2 systèmes.
Manche	24.895	3 326	40.627 »»	2.607 »»	26.541.75	id	id.
Marne	5.109	1.448	17.157 »»	1.102 75	8.485.85	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Marne (Haute)	6.688	1.523	6.407 50	386 30	6.729.27	id.	id.
Mayenne	20.863	3.277	16.902 50	990 »»	8.994.09	id.	id.
Meurthe-et-Moselle	15.176	3 335	21.265 50	8.758 »»	10.517.07	Abonnement.	Circonscriptions.
Meuse	8.483	336	17.691 50	526 »»	9.107.52	id.	id.
Morbihan	»	»	»	»	»	Les 2 systèmes.	Les 2 systèmes.
Nièvre	15.158	3.647	23.158 70	486 10	32.142.48	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Nord	190.573	77.874	186.653 43	54.845 50	223.114.36	Abonnement.	Système mixte.
Oise	15.663	5.193	44.496 16	1.286 25	39.433.35	id.	Au choix de l'assisté.
Orne	6.105	972	4.518 80	285 »»	4.714.37	A la visite.	id.
Pas-de-Calais	114.280	45 378	132.772 50	12.606 »»	123.404.72	Abonnement.	Circonscriptions.
Puy-de-Dôme	17.925	6.830	30.884 10	5.698 80	64.717.82	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Pyrénées (Basses)	19.512		41.680 25	1.660 50	25.745.75	Abonnement.	id.
Pyrénées (Htes)	9.152					id.	id.
Pyrénées-Orientales	3.352	821	5.148 »»	120 »»	1.824 »»	id.	Circonscriptions.
Rhin (Haut) (Territoire de Belfort).	2.581	1.581	7.532 »»	865 »»	13.563.36	id.	id.
Rhône	»	»	»	»	»	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Saône (Haute)	17.142	1.482	41.320.80	3.810 »»	34.794 88	Abonnement.	Système mixte.
Saône-et-Loire	13.986	3.563	18.361.20	2.604 »»	18.105.80	A la visite.	Circonscriptions.
Sarthe	31.672	10.787	31.672 »»	3.065 »»	36.180.42	Abonnement.	id.
Savoie	8.327	1.098	8.179.14	550 »»	5.838.15	A la visite.	Système mixte.
Savoie (Haute)	10.849	1.040	7.438.70	796 »»	5.515.71	id.	Circonscriptions.
Seine-Inférieure	44.252	12.204	101.009 60	4.987.95	96.505.39	Les 2 systèmes.	Les 2 systèmes.
Seine-et-Marne	14.767	3.950	40.960.60	2.893 »»	37.138.14	A la visite.	Au choix de l'assisté
Seine-et-Oise	12.986	»	38.000 »»	»	38.000 »»	Abonnement.	Système mixte.
Sèvres (Deux)	14.278	4.374	24.957.80	2.344.50	21.792.41	id.	Au choix de l'assisté.
Somme	54.929	13.794	62.400.50	2.890 »»	66.917.91	id.	Circonscriptions.
Tarn	7.447	6.000	19.119 »»	452 »»	27.633.07	A la visite.	Au choix de l'assisté.
Tarn-et-Garonne	10.238	2.986	21.678.05	1.650 »»	28.491.21	Abonnement.	Système mixte.
Var	5.147	794	8.830.65	235.60	6.933.09	A la visite.	id.
Vaucluse	12.759	2.673	24.615 »»	920.25	14.762.35	id.	Au choix de l'assisté.
Vendée	10.202	3.096	16.196 »»	1.782 »»	16.966.06	id.	id.
Vienne	12.941	4.728	18.860.13	1.977.50	42.591.62	id.	id.
Vienne (Haute)	5.873	2.074	16.190.60	619.75	18.978.53	id.	id.
Vosges	21.750	4.256	12.539.70	2.223.75	16.951.55	id.	id.
Yonne	9.484	3.074	33.245 35	1.623.25	19.903.67	Les 2 systèmes.	Les 2 systèmes.
Totaux de 1896	1.473.562	419.091	2.315.538.30	194.436.36	2.116.656.92		
Rappel de 1895	1.295.390	346.871	1.730.680.54	163.620.21	1.523.520.85		
Différence de 1895 à 1896	+178.172	+72.212	+584.857.76	+30.816.15	+588.136.07		

De ce tableau il résulte que le médecin reçoit en moyenne 1 fr. 571 par assisté inscrit et 5 fr. 522 par assisté soigné. L'année 1895 avait donné 1 fr. 240 par inscrit et 4 fr. 989 par assisté soigné. Bien que la moyenne se relève, ces chiffres nous paraissent insuffisants — espérons que la situation s'améliorera pour l'avenir.

Chacun peut d'ailleurs avec les chiffres concernant, son département, faire le calcul des moyennes et voir s'il est plus ou moins bien partagé.

Les organisations sont tellement variables et tellement compliquées qu'il est difficile de les comparer d'une manière précise ; mais l'allocation moyenne par assisté soigné permet cependant d'établir une certaine comparaison approximative.

Cette comparaison deviendra d'ailleurs plus exacte à mesure que les documents seront plus nombreux et permettront d'éviter les petites causes d'erreur qui ne peuvent manquer d'exister, au début surtout du fonctionnement d'un service aussi important.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

et des Sociétés locales.

Société locale de l'Aveyron.

(Extrait du compte rendu de la réunion du 29 juin 1897.)

Présidence du Dr G. Bompaire.

L'Assemblée procède à l'admission de trois membres nouveaux, qui compense l'acceptation de trois démissions. Elle renouvelle les pouvoirs de son trésorier, et remplace trois membres de sa commission administrative, arrivés au terme de leur mandat. Ces formalités accomplies, le Président prononce son allocution.

Allocution du Président.

M. le Dr Bompaire fait le compte rendu de la réunion de l'Association générale à laquelle il assista comme délégué. Il rappelle l'impression produite par le rapport de M. le Dr Lereboullet, secrétaire général, et cite les passages de ce rapport qui ont trait à la campagne de déconsidération menée contre les médecins à la suite de procès où ont été mises en lumière des pratiques détestables, telles que la dichotomie, la chasse au client, la furie opératoire, etc... Le remède, dit-il, est dans l'adoption de règles déontologiques, telles que le *Code de la Gironde* où celui du Dr Grasset.

Il montre ensuite l'état prospère de la Caisse, et invite tous ceux qui sont pressés de pratiquer la prévoyance sur des bases plus larges, à se renseigner près de MM. les Drs Calmels (de Millau), et Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn) sur le grand avantage qui s'attache à la participation aux œuvres du *Concours*, et particulièrement à l'Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie.

Exposé du Secrétaire.

C'est un long et intéressant compte-rendu des démarches et résolutions au sujet de l'établissement du service d'Assistance médicale, et particulièrement des protestations éclatantes formulées, contre le Tarif du Conseil général, par les médecins de Rodez, Millau et Villefranche. M. le Dr L. Bonnefons, Secrétaire, indique la nécessité de s'entendre sur cette grave question.

Discussions et Conclusions.

MM. Bousquet, Bompaire, Albespy, Cavaillé, Augé, P. Bonnefons, Fournié et Foucras, échangent leurs vues sur les divers points de cette réglementation.

Puis M. le Dr Bompaire propose, pour conclure, de nommer une commission qui étudiera et mettra au point, s'il y a lieu, le projet de Tarif élaboré par le Dr Soulages (de Decazeville), et soumettra ses observations au Conseil général sur le règlement d'Assistance.

Cette proposition est adoptée.

Les Sanatoriums de l'Aveyron.

MM. Augé, Daniel, Albespy, Frédéric Bompaire, et Capoulade, sollicitent ensuite l'avis de la Société sur la création des Sanatoriums de Palanges et d'Aubrac.

A ces communications, il est répondu par l'adoption du vœu suivant :

« L'assemblée, considérant que la Société des « Médecins de l'Aveyron est exclusivement une « Société de Secours mutuels, et que ses statuts « ne lui permettent pas d'engager sa responsa« bilité dans les affaires spéculatives ; mais « voyant avec plaisir, dans l'intérêt de la santé « publique, la création de Sanatoria dans l'A« veyron, fait des vœux pour le succès de ces « établissements ».

L'assemblée se sépare en décidant que désormais la réunion générale se tiendra à 4 heures du soir au jour choisi par le Bureau.

REPORTAGE MÉDICAL

Le banquet Peyrot. — Le samedi 22 octobre, l'amitié, l'admiration et la reconnaissance, réunissaient chez Marguery, en un joyeux banquet, 150 médecins, maîtres, camarades, ou élèves du Dr Peyrot, qui venaient féliciter celui-ci de son élection à l'Académie de médecine et de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'Honneur. — MM. Tissié, interne du Dr Peyrot et président de *l'Association des étudiants*, Verchère au nom des anciens élèves, Pozzi et Landouzy, au nom des collègues, et enfin Labbé, au nom des anciens maîtres, ont, tour à tour, en excellents termes, fait l'éloge du praticien, du professeur, du camarade et du confrère dont on fêtait les succès récents. Le Dr Peyrot a répondu avec sa modestie habituelle à ce concert de sympathies et de louanges méritées. On s'est quitté fort tard, après une charmante audition de plusieurs artistes, dont les deux Mounet, compatriotes et amis du Maître. La note cordiale avait pris toute la place de la note officielle qu'on pouvait redouter d'une pareille agglomération des membres les plus distingués de notre corps enseignant.

Un legs en faveur des médecins du Rhône et de l'Isère. — Par son testament en date du 27 juillet 1897, M. Félix Bron, en son vivant domicilié à Granieu (Isère), a légué : 1° à l'Association des médecins du Rhône (et à son défaut à la Société nationale de médecine de Lyon) : toute la portion disponible de sa fortune pour créer une maison de retraite en faveur des médecins vieux ou infirmes du Rhône et de l'Isère ; 2° que toutes les sommes disponibles dont il n'indique pas l'emploi ou qui deviendraient disponibles, pour la création d'un orphelinat où seront admis les enfants des médecins morts, infirmes ou nécessiteux, de l'Isère ou du Rhône. Ces libéralités sont grevées de l'usufruit de la veuve du testateur.

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury du concours de l'internat était constitué ainsi qu'il suit :

MM. Galliard, Vaquez, Moizard, Fernet, Nélaton, Potherat, Beurnier, Monod, Maygrier, Potocki.

La composition écrite a eu lieu le lundi 17 octobre, à midi, salle Saint-Jean, à l'hôtel de ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue Rivoli).

Le jury du concours de l'externat était composé de MM. Triboulet, Parmentier, Souques, Méry, Souligoux, Glantenay, Bouglé, Baudron.

341 candidats étaient inscrits pour le concours de l'internat, 447 pour celui de l'externat.

Un épilogue de l'affaire Lebaudy. — *Le Moniteur du Puy-de-dôme* annonce que le médecin principal de 1re classe du Cazal, ancien professeur au Val-de-Grâce, membre correspondant de l'Académie, est nommé professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

Les personnes qui ignorent les vilenies qui se passent dans le corps de santé se demanderont comment un médecin militaire, qui semblait devoir arriver promptement à l'inspectorat, peut quitter prématurément l'armée. La vérité est que M. du Cazal, en faisant son devoir, en déclarant que le soldat Lebaudy était atteint de tuberculose, en maintenant son diagnostic, malgré une pression mal déguisée, s'est attiré en haut lieu une telle inimitié que sa situation est devenue intolérable. Comme M. Laveran, il préfère renoncer à sa carrière et reprendre sa liberté et son indépendance.

On ne peut que regretter de voir les confrères qui honorent le plus la médecine militaire, obligés de l'abandonner. Quand donc la maison redeviendra-t-elle habitable ? (*Bull. méd.*)

Curieux exemple d'esprit séparatiste. — A partir du 1er janvier 1899, ne pourront exercer en Autriche que les médecins reçus dans une Faculté autrichienne, fussent-ils Hongrois ; réciproquement, ne pourront exercer en Hongrie, fussent-ils Autrichiens, que les médecins reçus dans une Faculté hongroise. C'est évidemment le régime protectionniste appliqué aux Universités, qui a dicté cette mesure.

Elle ne comporte d'exception que pour les médecins militaires, et pour les médecins des régions frontières.

Vœux à signaler. — M. le Dr Dupeux, conseiller d'arrondissement, a présenté, dans la séance du 20 septembre, les deux vœux suivants qui ont été adoptés.

I. « Qu'un hôpital cantonal soit construit à La Bastide et que, conformément à la loi du 15 juillet 1898, les communes avoisinantes puissent bénéficier moyennant une indemnité à fixer, de la proximité de cet hôpital cantonal. »

A propos de la tuberculose :

II. « Qu'un sanatorium public départemental soit édifié le plus promptement possible dans la Gironde ;

« Que, à l'exemple de ce qu'il a fait pour le sanatorium d'Angicourt, l'Etat prélève sa première subvention sur les fonds du pari mutuel, et que le département et les communes intéressées contribuent à l'entretien de cet établissement dans la mesure de leurs ressources.

Notre assiduité aux Expositions. La *Gazette médicale de Paris* rapporte qu'à l'Exposition d'hygiène de Madrid, tenue en mai dernier, il y avait sur six cents exposants, 200 Allemands, 200 Anglais, 100 Italiens etc... et 7 Français !

Bibliographie.—Viennent de paraître :

1° A la Société d'éditions, 4 rue Ant. Dubois, *Une pincée de vers*, par le Dr Souloumiac, membre du Concours et de ses œuvres. Prix du volume : 2 fr. — *Le Bulletin de la Presse* présente en ces termes cette petite fantaisie :

« Je ne suis qu'un modeste médecin de campagne », dit l'auteur en une préface de vingt lignes qui fait plaisir à lire, à l'inverse de beaucoup de préfaces qui horripilent les nerfs... lorsqu'on les lit !

« Je ne suis pas assez sot pour me croire un grand poète », ajoute-t-il.

Il a raison, mais ses vers ne sont pas sots. Ils manquent peut-être d'envolée, mais ils sont agréables.

2° *Le pauvre et son médecin*, par le Dr Salomon (de Savigné-l'Evêque, Sarthe). — Chamuel, éditeur, Paris, 5, rue de Savoie. — En des termes mesurés, l'auteur fait le procès de l'application de la loi de 1893, et conclut que c'est le budget de l'Etat qui doit assurer le crédit nécessaire à son exécution, quitte à présenter l'assistance publique comme une assurance mutuelle contre la misère, pour laquelle tout citoyen devra payer une prime.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4300. — M. le docteur Sersiron, de Paris, présenté par M. le docteur Toussaint, d'Hyères (Var).

N° 4301.— M. le docteur Jeunet, de Mers-les-Bains (Somme), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Drouault, de Villemonble (Seine) et Delamare, de Bourg-Achard (Eure), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 45 5 NOVEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Assemblée Générale du 20 Novembre

Les membres du Concours sont priés, avec instance, d'envoyer de suite leurs propositions à l'Assemblée générale, pour que le Conseil de Direction ait le temps de procéder à leur examen, et d'aviser de leur intention d'assister à l'Assemblée générale et au Banquet, qui auront lieu le 20 novembre, à deux heures pour les réunions, et à sept heures pour le banquet, chez M. Marguery, boulev. Bonne-Nouvelle.

Conseil de Direction de la Société civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du 27 octobre 1898.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat.
Excusé : M. Gibert.

Lecture des rapports annuels, qui seront publiés au journal. Ces rapports sont successivement discutés et adoptés.

Le Conseil établit ensuite l'ordre du jour de la prochaine séance générale de novembre.

Ordre du jour :

1. Allocution du Directeur.
2. Révision de la loi Roussel.
3. De l'abus des applications du tarif de l'Assistance médicale gratuite.
4. Compte-rendu financier. Approbation des comptes. Budget.
5. Ordre des médecins.
6. Caisse de retraites.
7. Société de Protection des victimes du devoir.

Le Conseil décide qu'une invitation spéciale sera adressée à M. le Professeur *L. Labbé*, sénateur, qui s'est offert à s'employer pour faire disparaître une des défectuosités de la loi Roussel, au point de vue politique.

Une invitation sera également envoyée à M. le Dr *Dubuisson*, Député et président du Syndicat de Chateaulin, auteur d'une proposition de révision de la loi sur les accidents du travail.

Le Conseil décide en outre, qu'il n'y a pas lieu de faire d'invitations spéciales aux députés et sénateurs membres du Concours.

Le Conseil arrête toutes les mesures nécessaires pour l'organisation de la séance générale et du banquet.

Association amicale.

Séance du conseil d'administration du 27 octobre.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. le docteur Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Maurat, Jeanne, Gassot, Archambaud, membres du conseil, Gilles et Plateau, contrôleurs.

M. Gassot, trésorier, donne connaissance de son rapport annuel, qui est examiné et approuvé par les contrôleurs.

M. Jeanne, secrétaire-général, donne lecture du rapport annuel, qu'il doit soumettre à l'assemblée générale prochaine.

Le conseil fixe ensuite l'ordre du jour de l'assemblée générale qui sera le suivant :

1. Allocution du président.
2. Rapport du secrétaire-général.
3. Rapport du trésorier.
4. Rapport des contrôleurs.
5. Approbation des comptes.
6. Nomination d'un contrôleur en remplacement de M. Gilles, contrôleur sortant.
7. De l'admission des médecins étrangers.
8. Propositions diverses.

Le secrétaire des séances,
Dr Paul ARCHAMBAUD.

Sou médical

Séance du conseil d'administration du 27 octobre.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne, Giberton-Dubreuil, de Grissac.

M. Gassot, trésorier, donne tous les détails sur les recettes et dépenses effectuées jusqu'aujourd'hui. Il communique la liste des cotisations qui restent à recouvrer, et fait connaître que les frais d'organisation ont été couverts par les dons de M. Cézilly et de la Société civile du Concours médical.

Le conseil entend la lecture du rapport qui sera fait par le secrétaire à l'Assemblée générale.

Il fixe ainsi l'ordre du jour de cette assemblée:
Allocution du président.
Rapport du secrétaire-général ;
Rapport du trésorier ;
Discussion des statuts ;
Election du conseil ;
Propositions diverses.

RAPPORT STATUTAIRE DU CONSEIL DE DIRECTION

de la Société civile du Concours Médical.

Exercice 1897-98

Notre dix-neuvième Assemblée générale aura lieu le 20 novembre. Si les membres de notre Société du Concours Médical voulaient prendre la peine de réfléchir, un instant, au chemin parcouru par elle, depuis une époque déjà bien lointaine, s'ils voulaient constater qu'à ce moment, il n'existait en France que deux associations de bienfaisance médicale, celle de la *Seine* et l'*Association générale* ; qu'il n'y avait, chez nous, aucune œuvre d'intérêt médical spécial, ils pourraient, en parcourant les comptes rendus de nos 19 assemblées générales, constater que rien ne s'est fait, ou à peu près, dans notre monde professionnel, sans que le Concours médical y ait pris part, comme auteur ou comme propagateur principal.

Ce serait une brochure intéressante, que celle qui réunirait les comptes rendus de nos Assemblées annuelles et donnerait ainsi un aperçu très vivant de toutes ces entreprises et de toutes les œuvres professionnelles conçues, proposées et souvent menées à bien par le *Concours médical*. La Société mère a des filles nombreuses, qui, établies sur des bases solides, ont un présent prospère et un avenir plein de promesses. Elles ne demandent à leurs membres que des sacrifices strictement en rapport avec leurs ressources et des efforts de propagande qui ne sont point difficiles, puisque toutes nos organisations sont basées sur le droit strict et sur le principe qu'à chaque sacrifice correspond un dédommagement assuré, dans les éventualités prévues par chaque œuvre.

C'est donc cette *propagande* que le Conseil de Direction sollicite sans cesse, et c'est pourquoi aussi, il doit, en ce rapport, prier les membres du Concours de faire tous leurs efforts pour venir se joindre à lui le 20 novembre, afin d'étudier, ensemble, les propositions intéressantes qui seront soumises à l'Assemblée et délibérer sur les meilleurs moyens de faire aboutir les décisions qui seront prises.

En attendant, d'après les statuts, le *Conseil de Direction* a le devoir de rappeler les résolutions votées en novembre 1897 et de préciser la façon dont il a pu essayer de les mettre à exécution ; le journal d'ailleurs, chaque semaine, et notamment aux époques de réunion du *Conseil de Direction*, n'a pas cessé d'en entretenir ses lecteurs.

Le Conseil de Direction, s'inspirant des vœux émis par l'Assemblée, a pris sa part des efforts faits, de tous côtés, pour la revision de l'arrêt injuste qui avait frappé le Dr *Laporte* et ouvert, à cette occasion, une souscription parmi les membres du Concours. Mû par le sentiment des périls que court le médecin, il a proposé la création d'un *Conseil médical général et permanent*, toujours à la disposition d'un médecin accusé et en péril.

Le Dr *de Fourmestreaux* a fait, sans succès, à l'Union des syndicats en 1897, la proposition de participer à cette création. Elle fut froidement accueillie, la discussion en fut renvoyée à une date ultérieure, date qui n'est jamais venue. Pourquoi ?

D'autre part, mieux inspirée, l'Association générale, en ce qui la concerne, a créé un Conseil médical, composé de son bureau, de ses conseils judiciaires, de 2 médecins légistes.

Le Concours, lui, a trouvé, dans le *Sou médical*, un conseil permanent, pourvu des ressources nécessaires pour soutenir les justes causes de ses adhérents et les tirer du danger d'une condamnation imprévue.

Le Conseil de Direction persiste dans sa première vue, acceptée par l'Assemblée du 11 novembre 1897 : *faire participer à la formation de ce Conseil toutes les organisations médicales, qui lui*

doivent leur création et celles qui avaient précédé la naissance du Concours médical. Ici encore, l'union fait la force et il est bien regrettable que l'Union des Syndicats se refuse à une œuvre si désirable.

En ce qui concerne l'*Ordre des médecins*, le Concours n'éprouve pas, pour ce projet, une de ces ardentes sympathies qui se traduisent chez lui, par des actes ; tenant compte d'ailleurs de vos manifestations de 1897, il a publié, pour ou contre, selon votre désir, tout ce qui a paru digne d'intérêt, et, tout récemment, un projet ferme, émanant de la Société locale de la Gironde, projet qui ne semble pas trouver, même dans cette Société, un accueil bien chaleureux.

La Caisse des pensions des veuves et des orphelins, étudiée avec le plus grand soin par le Conseil et par l'actuaire M. Marie, est loin d'avoir réuni le nombre d'adhésions nécessaires pour qu'il soit possible d'entrer en fonctionnement et ceux qui ont donné leur adhésion au principe, ne paraissent pas pressés de conclure. Ces études auront eu, au moins, le résultat considérable d'avoir provoqué et amené la création, à l'*Association générale*, d'une œuvre, non plus de droit strict, mais de bienfaisance, sous la même dénomination de : *Caisse de secours des veuves et des orphelins.* C'est déjà beaucoup !

Vous avez accepté également, en 1897, la constitution, au Concours, d'un *Conseil d'arbitres*, à l'usage spécial des membres du Concours, surtout de ceux qui ne font pas encore partie d'un syndicat. Ce conseil a pour fonctions d'intervenir en cas de difficultés d'intérêts ou de déontologie.

Il sera constitué, et nous nous efforcerons dans le choix de ses membres, de trouver des confrères rapprochés les uns des autres, qualifiés par leur passé professionnel et généralement connus de vous tous, par leur collaboration ancienne à vos œuvres.

En ce qui touche la défense de la profession, tous les soins du Conseil de Direction ont été consacrés au développement, cette année, du *Sou médical*, cette excellente ligue de protection et de défense, dont les débuts ont dépassé notre attente, comme vous le constaterez à l'Assemblée du 20, par les rapports qui vous seront présentés.

Le Conseil de Direction est certain aussi que le travail considérable de M. le *Dr Jeanne*, son *Tarif d'honoraires*, a rendu de grands services ; il en a pour preuve les demandes fréquentes qui nous sont adressées. La Société du Concours en a fait imprimer un nombre considérable d'exemplaires, pour donner satisfaction en toute occasion. Ce tarif n'a pas la prétention de s'adapter sans modification à toutes les régions ; pour les unes, il peut être trop abaissé, pour d'autres trop élevé ; mais il s'appuie sur des constatations faites par le « Concours médical, dans son enquête mémorable sur la situation des médecins en chaque région de la France, résumée en un tableau de grande portée, rédigé et publié au Journal, il y a 17 ans, en 1881, par M. le *Dr Gassot.*

C'est dans cette enquête, dans les tarifs des syndicats, dans notre correspondance journalière avec les membres du Concours, que M. Jeanne a trouvé ses moyennes. Libre à chacun, selon les ressources de sa clientèle, d'élever ou d'abaisser les chiffres et *de produire* en justice ou de ne pas utiliser, selon les circonstances, le tarif général, dans les contestations. En tout cas, un des services les plus journaliers qu'il rend, c'est d'éclairer les jeunes médecins qui s'établissent et souvent ne connaissent, en aucune façon, comment ils doivent procéder pour le prix de leurs soins. C'est toujours à leur grand détriment qu'ils pécheront par des demandes trop ou trop peu élevées, et grande sera la difficulté de revenir, alors, à de meilleures pratiques, si, au début, ils se sont trompés, faute d'un guide éclairé.

Caisse des victimes du devoir.— Durant le cours de cet exercice, aucun appel n'a été adressé à la Caisse. Le journal s'est enquis avec soin, et a signalé les actes de dévouement médical. Heureusement aucun n'a nécessité les secours de l'Œuvre, à cause de la situation sociale des médecins qui ont été victimes de leur dévouement. Mais il convient ici de reproduire la péroraison du rapport de M. le Dr *Giberton-Dubreuil*, trésorier de la Caisse des victimes du Devoir. Nous résumons ce qu'il nous disait à l'Assemblée générale de 1897. *« Notre caisse est trop pauvre : de grandes catastrophes médicales, si elles venaient à se produire, épuiseraient aisément la plus grande partie de ses ressources ; ne l'oubliez pas, chers confrères, et faites-nous connaître à ceux de vos clients qui ont fortune et générosité ; sollicitez-les au profit de la Caisse des victimes du Devoir médical. »* Cet appel n'a pas été entendu et pourtant combien il serait facile de le suivre, si on voulait y penser !

Le Conseil de Direction espère qu'il en sera ainsi cette année.

Défense professionnelle. — Devant les empiétements sans cesse grandissants de la mutualité sur le domaine de nos intérêts, et en présence de l'inutilité de plus en plus évidente des négociations avec la *Ligue*, nous avons continué de faire campagne pour le retour à l'indépendance, au moyen d'ententes formelles entre nous, et en déniant aux *Sociétés de Secours mutuels* tout droit à nous imposer des conditions, comme si elles étaient des *Coopératives. Il faudra bien en arriver là*, si nous estimons tous que la basse concurrence est indigne de notre caractère professionnel *;* et on peut dire que toutes les mesures d'atermoiement, prises en dehors de cette ligne de conduite, auront beau être ingénieusement présentées, elles n'en seront pas moins l'aveu d'une résignation à l'asservissement. Le Concours ne saurait les approuver.

Notre attitude est aussi restée la même à l'égard de toutes les collectivités qui nous divisent pour régner. Nous avons prêché la résistance à leurs marchandages, à leurs exactions, même à leurs promesses toujours trompeuses. Nous avons dit, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, les déceptions pécuniaires et morales que nous réserve la chasse aux abonnements, forfaits, monopoles, etc., les compromissions et les malentendus confraternels qu'engendrent tous ces contrats et traités, d'allure vraiment commerciale, et entachés des abus inhérents à l'accaparement sous toutes ses formes. Et nous ne nous lasserons jamais de répéter que ces actes, dictés par un souci exagéré de sécurité *personnelle,* aboutissent toujours à l'avilissement des honoraires et des situations dans chaque ré-

gion où ils sont en honneur. Le *Sou médical* nous a fourni cette année une foule de preuves nouvelles de l'exactitude de ces constatations.

Dans le même ordre d'idées, et en conséquence de la proposition faite à l'Assemblée de 1897, par M. le Dr Good, au sujet de l'application du tarif de l'*Assistance médicale* à certaines occurrences de la loi sur les accidents du travail, le Conseil de Direction a fait, sans succès, les démarches qu'il a cru utiles, auprès des Sénateurs, au moment où le Sénat a été appelé à se prononcer sur le texte proposé par la Chambre des députés. La haute Assemblée a délibéré sans qu'aucun de nos représentants ait paru songer à prendre la parole, pour faire observer que les patrons n'ont aucun droit à bénéficier du tarif que les médecins ont consenti en faveur des indigents. Depuis cette époque, et dans le même sens, l'abus de l'application de ce tarif s'est étendu et accentué. Il est facile à nos représentants politiques de se montrer d'une générosité sans limites, lorsque celle-ci s'exerce avec l'argent du médecin. En toutes ces circonstances, sénateurs, députés, conseillers généraux, conseillers municipaux, ne connaissent aucun obstacle et c'est d'un cœur léger qu'ils s'écrient : *Appliquons le tarif de l'Assistance médicale ; n'avons-nous pas, à notre service, ces bons médecins, ils seront heureux de nous permettre d'être généreux, d'être prodigues* !

N'insistons pas, puisque nous sommes désarmés et que seule, notre entente générale à peu près nulle, pour le moment, ne nous permet pas de nous opposer à cette exploitation.

Le Conseil de Direction se propose de présenter à l'Assemblée générale du 20, l'adoption des mesures de protestation d'abord, et ensuite de résistance, à notre portée pour éluder, ces funestes abus.

Chers confrères, cette année, comme les précédentes, les membres du *Conseil de Direction* tout entier, composé de praticiens très au courant des difficultés de la vie médicale, puisqu'ils sont tous sur la brèche depuis longtemps, s'est efforcé par un travail assidu, par des discussions approfondies sur les questions qui se sont élevées en 1898, de mériter votre confiance. Leur passé vous est un gage assuré de leur ardeur à continuer la tâche qu'ils se sont imposée depuis tant d'années déjà.

Le développement et la prospérité des œuvres du Concours médical sont leur constante préoccupation ; c'est avec un soin jaloux que dans leurs séances du Conseil, ils recherchent tout ce qui peut être utile à ces œuvres et ils ont aussi le souci d'en inaugurer de nouvelles, quand elles seront indiquées. En toute occasion, ils préfèrent l'*être* au *paraître*, ils ne sacrifient rien à l'apparence. Le Concours médical, créé par des médecins praticiens, a sans cesse en vue ce qui peut être utile à tous. Mais son pouvoir est borné en ce qui concerne la propagande. Celle que fait sans trève le journal, est efficace, mais insuffisante, si elle n'est pas aidée par votre propagande personnelle.

C'est à vous qu'il appartient, par la prédication verbale, d'accroître le nombre des membres du Concours et des participants à toutes les œuvres qu'il a établies. Aidez-nous, assistez-nous de tout votre pouvoir. C'est le meilleur moyen de nous encourager dans la réalisation du programme du Concours médical, programme qui embrasse tout ce qui est utile à tous les médecins.

Le Conseil de Direction.

RAPPORT FINANCIER
Pour l'exercice 1897-1898.

1° Société civile du CONCOURS MÉDICAL

CAPITAL INALIÉNABLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1897, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	38.583 12
Espèces	95 83
TOTAL	38.678 95
Depuis cette époque 94 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de	922 95
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours Médical*	
TOTAL	39.601 90

dont : espèces 1.018 78.

DÉPENSES.

Sur cette somme il a été acheté 2 ob. Ville de Paris 1896, nos 50.269 et 50.270 au prix de 399.75 l'une, soit...	799 50
2/4 ob. Ville de Paris 1898, au prix de 108.50, nos 568.629 et 568.630	217 00
Notre capital inaliénable au 1er octobre 1898 est donc de :	
Portefeuille (1)	39.599 62
Espèces	2 28
TOTAL	39.601 90

CAPITAL DISPONIBLE

RECETTES.

Au 1er octobre 1897, l'avoir disponible était de	663 25
Depuis cette époque notre portefeuille a produit en intérêts	1.098 54
Il a été reçu, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal la somme de	165 00
Don du Dr Cézilly pour 1897	500 00
Droits perçus sur les remplacements pour l'exercice	187 40
TOTAL	2.614 19

DÉPENSES

Frais supplémentaires du banquet	794 25
Frais de réunion et déplacements..	587 50
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts	10 30
Indemnité à l'employé comptable (4 trimestres)	50 00
Allocation votée en faveur des enfants du Dr Laffitte (4e versement)...	200 00
Impressions diverses (tarif Jeanne)	65 00

A reporter :

(1) Au cours du 30 sept. 1898, 42.607.40.

Report :

Droits de garde, timbre et divers	20 33
Souscription en faveur du Dr Laporte	50 00
Souscription au monument élevé à Guy Patin	20 20
Don voté par la dernière assemblée au Sou médical	500 00
TOTAL	2.297 58
Balance en faveur de l'actif	316 61

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1898 à :

Capital inaliénable	39.601 90
Capital disponible	316 61
TOTAL	39.918 51

2° Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1897 :

Portefeuille	11.152 80
Espèces	130 91
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.583 71

RECETTES.

Intérêts de l'année courante	308 93

DÉPENSES.

Achat de 1 ob. Ville de Paris 1892 lib., n° 77.695	403 00
Droits de garde et de timbre	6 77
TOTAL	409 77

L'avoir de la caisse de Prévoyance des assurés sur la vie se décompose donc ainsi au 1er octobre 1898 :

Portefeuille (1)	11.555 80
Espèces	30 07
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.885 87

Projet de Budget pour l'exercice 1898-99.

RECETTES.

Avoir disponible	316 61
Revenu du portefeuille (environ)	1.103 39
Droits sur les remplacements	220 00
Dons probables	160 00
TOTAL	1.800 00

DÉPENSES.

Frais supplémentaires de banquet	800 00
Frais de réunion et déplacements	500 00
5e et dernière annuité en faveur des enfants du Dr Laffitte	200 00
Disponible à affecter en séance	300 00
TOTAL	1.800 00

Le Trésorier,
Dr MAURAT.

(1) Au cours du 30 sept. 1898 12.379.75.

Rapport du Comité de Rédaction.

Voici l'époque arrivée de jeter un coup d'œil en arrière sur l'œuvre scientifique et professionnelle du journal « le Concours médical ». L'année 1898 n'a pas été jusqu'ici aussi féconde en grandes découvertes que l'année précédente, et nous n'avons pas eu de merveille retentissante, comme le sérum antidiphthérique ou les rayons de Roentgen, à signaler à nos lecteurs. Mais de nombreux progrès, de notables améliorations sont survenus dans les différentes branches de l'art médical ; nous n'avons pas manqué de les décrire, dans notre Semaine. Cette partie du journal représente l'analyse ou les faits les plus remarquables des communications académiques, des articles de presse, des thèses reçues de Paris, Lyon, Lille, Bordeaux, Montpellier aux bureaux du journal. Parfois aussi, elle contient des remarques faites par quelques-uns de nos lecteurs ou des réponses à leurs questions scientifiques. C'est, en un mot, un recueil extrêmement varié de toutes sortes de connaissances indispensables au praticien.

Les articles de fond ont été également conçus dans l'unique but d'être utile et agréable à nos lecteurs des grandes villes ou de la campagne, qui se trouvent aux prises avec toutes les difficultés de la pratique, sans aides, ni confrères plus compétents, auprès d'eux. La rédaction a fait tous ses efforts pour que les sujets fussent aussi bien chirurgicaux que médicaux, pour que les questions de laryngologie, de rhinologie, d'otologie, de gynécologie, de pédiatrie, d'ophthalmologie ne fussent pas plus négligées que celles de médecine générale. Nous n'abordons jamais en détail la description et la technique des grandes opérations abdominales, estimant que ces descriptions seraient forcément insuffisantes et trop peu explicites pour ceux de nos lecteurs qui veulent faire de la grande chirurgie. A ceux-là, nous nous contentons de dire : Venez voir opérer les maîtres, si vous voulez apprendre à en faire autant ; sinon, abdiquez et adressez vos malades à opérer, aux hommes compétents voisins ou non qui se sont voués spécialement à cette branche de la médecine. Sachant combien les questions d'étiologie, de diagnostic et de traitement, sont importantes pour la pratique, nous avons donné une très large place à ces parties, et volontairement abrégé les questions de pathogénie et d'anatomie pathologique qui intéressent moins la majorité des praticiens.

Sous le titre « *Faits cliniques* » nous avons publié quelques intéressantes observations adressées par nos lecteurs studieux, ou empruntées à d'autres publications. Plusieurs leçons cliniques, faites dans les Hôpitaux de Paris, ont été recueillies et rédigées par nos collaborateurs, dans le but de vulgariser l'enseignement et de tenir nos confrères plus âgés au courant de ce qu'apprennent aujourd'hui les jeunes générations.

Nous avons cherché, dans des articles généraux, à mettre au point les questions suivantes : Les dyspepsies, les colites, l'emphysème pulmonaire, l'entérite folliculaire, la pleurésie séro-fibrineuse, la syphilis rénale, la ménopause et ses complications rénales, l'urémie, la sciatique, le diabète, le varicocèle, les rétrécissements de l'urèthre et du rectum, la circoncision, l'hémarthrose traumatique, la conjonctivite, les taies

cornéennes, la syphilis du larynx, les pansements auriculaires, la dilatation du col utérin, les applications de forceps au détroit supérieur, etc.

Un essai de pronostic général nous a permis de donner quelques indications utiles sur la durée et l'avenir des malades et des blessés, pour permettre aux médecins des compagnies industrielles, compagnies d'assurances, etc., de formuler des réponses aussi précises que possible.

En un mot, fidèles à notre programme, nous n'avons eu en vue, pendant toute notre année de labeur, que le plus grand profit de nos confrères et de nos amis, qui d'ailleurs ne nous ont pas ménagé les encouragements et les remerciements. Notre seul désir est de rester toujours dans cette voie et, s'il est possible, de faire mieux encore.

La partie professionnelle a présenté un intérêt au moins aussi grand que les années précédentes.

Chaque fois qu'une des nombreuses questions qui nous préoccupent prenait un caractère d'actualité, le *Propos du jour* s'est efforcé de la mettre au point, d'une façon très nette, et de proposer à nos lecteurs des conclusions pratiques.

Il ne s'effaçait, de temps en temps, que pour être avantageusement remplacé par les comptes rendus de nos œuvres, où les faits parlent éloquemment par eux-mêmes, et par la publication de documents d'importance capitale, tels que le travail de M. Lande sur les honoraires médico-légaux, l'étude de la loi sur les accidents du travail, etc ..

Sous la rubrique *Chronique professionnelle*, nous avons donné encore plus large place à des articles relatifs à certains intérêts généraux, tels que ceux des médecins de colonisation, des médecins communaux d'Algérie, des médecins sanitaires maritimes. Les difficultés d'organisation de l'assistance médicale, l'exposé de nos griefs contre les membres des professions qui touchent la nôtre, pharmaciens, sages-femmes ; le récit des empiètements et des exactions dont nous sommes journellement victimes de la part des particuliers ou des collectivités, et l'indication des mesures de défense qui s'imposent, ont été les thèmes habituellement développés dans cette partie de nos colonnes.

La *déontologie* a donné lieu aussi à des échanges de vues fort intéressants, dont nos jeunes confrères ont particulièrement à profiter, puisqu'ils entrent dans la carrière, sans préparation de ce côté. La discussion sur l'Ordre des médecins, qui semble sur le point de s'épuiser, nous a fourni encore quelques lettres et documents, pour ou contre, auxquels nous avons tenu à donner la publicité nécessaire.

Un tribut d'importance inaccoutumée a été payé à la *Jurisprudence médicale*. C'est la création du *Sou* qui nous a mis ainsi en devoir de verser quelque peu dans la chicane. S'il n'est pas nécessaire de charger notre mémoire du souvenir de tous nos droits, il devient de plus en plus utile, à notre époque, pour chacun de nous, de conserver en bonne place les épisodes judiciaires dont nous pourrons faire notre profit un jour.

Le *Bulletin des Syndicats*, toujours très alimenté par l'envoi de Messieurs les Secrétaires (ce dont nous les remercions en passant), s'est augmenté d'un coup d'œil sur les travaux des Sociétés locales les plus vivantes. Il est émis, dans ces groupes régionaux, d'excellentes idées que nous avons l'obligation de faire connaître à tous nos lecteurs : et nous souhaitons, de plus, de fournir ainsi, par la publicité, un stimulant à l'activité de toutes les Sociétés médicales.

L'abondance toujours croissante des articles de fond, des études nourries et sérieuses, nous a mis dans la pénible nécessité de sacrifier souvent l'agréable à l'utile. *Feuilleton* et *Variétés* perdent chaque année du terrain dans nos colonnes : il faut s'y résigner, car nous sommes l'organe d'une Société d'études, dont le champ d'investigation s'augmente chaque jour, et qui ne veut rire que dans les banquets, quand le travail est fini.

En revanche, la correspondance que nous avons coutume d'appeler petite est aujourd'hui excessivement grande. Bourrée de renseignements auxquels on s'évertue pourtant à donner la forme la plus concise, elle devient la preuve la plus éclatante de la vitalité de notre Société. Là, parfois, nos confrères ont un peu à faire antichambre, quand ils sollicitent une consultation. Oh ! une semaine, rarement deux, pas plus. Mais ils ne s'en plaignent pas trop, parce qu'ils savent que nous avons tenu à ne leur répondre qu'à bon escient, et qu'il nous faut prendre le temps de nous renseigner nous-mêmes.

Constatons, en terminant ce rapport, que les encouragements de nos lecteurs ne nous font pas défaut, et que, par leurs observations continuelles et toujours bien accueillies, ils témoignent éloquemment de l'intérêt pris par eux à la lecture du journal.

N'en avons-nous pas le droit de conclure que *le Concours médical* n'a pas démérité ?

Le Comité de Rédaction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de l'hypertrichose.

Un de nos lecteurs nous demandait récemment quel est le meilleur procédé pour débarrasser d'une paire de favoris et de moustaches fort gênantes, une jeune dame de sa clientèle qui est désolée d'en être pourvue.

Il est certain que le traitement de l'hypertrichose est des plus difficiles : le seul moyen à la fois radical et non dangereux est l'électrolyse. On détruit les bulbes pileux un à un au moyen d'une aiguille spéciale adaptée à une tige reliée à une pile. On peut arriver à détruire définitivement une cinquantaine de poils en une séance. Le traitement est donc fort long, lorsqu'il s'agit de surfaces pilaires étendues, mais c'est le seul réel. Les dépilatoires (chaux vive, sulfure de calcium, etc.) ont l'inconvénient de n'agir que temporairement, de provoquer une repousse plus active, et quelquefois d'irriter la peau.

Lorsqu'il s'agit de duvets chez des personnes brunes, il suffit de les blondir par l'eau oxygénée.

La destruction des souris dans les cultures.

Les bouillons de cultures et les virus qu'on produit à l'Institut Pasteur, ne servent pas qu'à

guérir ou à préserver des maladies infectieuses ; ils peuvent aussi être utilisés pour détruire des parasites animaux malfaisants ou gênants, tels que les mulots, les souris, qui infectent certains champs, les lapins d'Australie qui dévastent les plantations, etc. Or, l'inoculation de bouillon de culture du choléra des poules ou autre maladie infectieuse des animaux, à un ou plusieurs de ces parasites pris vivants, suffit pour propager la maladie dans toute la colonie animale malfaisante et parvient ainsi à la détruire au grand bénéfice des cultivateurs ou des planteurs. On peut se procurer des virus contre les souris, 35, rue Dutot, service des virus et vaccins, à l'Institut Pasteur.

Thérapeutique de l'obstruction des conduits lacrymaux.

M. le Dr *Tripier* a fait récemment à la Société française d'Electrothérapie une intéressante communication sur le traitement électrique des obstructions lacrymales ; — c'est par les fosses nasales qu'il pratique actuellement ses interventions.

Il a recours à la voltaïsation caustique contre les végétations polypeuses, à la voltaïsation non caustique et au souffle franklinien, contre les états inflammatoires divers, aux pulvérisations iodurées ou sulfureuses, dans les cas où les états reconnaissent une origine diathésique.

Application des courants de haute fréquence dans un cas de luxation de l'épaule.

Le Dr *Sudnik*, de Buenos-Ayres, a eu l'idée d'employer les courants de haute fréquence pour une luxation de l'épaule du type intra coracoïdien, qu'il s'était faite dans une chute. Les procédés employés habituellement pour la réduction ayant échoué, il fit plusieurs applications des courants de haute fréquence (une plaque sur le deltoïde et l'autre sur le poignet).

C'est pendant une de ces applications que la tête humérale put être réduite, grâce à la sédation de la douleur et à la résolution musculaire ainsi obtenues. Ce qui amène le Dr Sudnik à formuler les conclusions suivantes : 1° Les courants de haute fréquence ont une action anesthésique indiscutable ; 2° Les courants de haute fréquence ont une action sur la contraction d'origine traumatique.

Les fibromyomes utérins de petit volume, à forme hémorrhagique.

En présence de métrorrhagies et de ménorrhagies abondantes et fréquentes, qui ne reconnaissent pas une cause apparente, dit M. le Dr *Carayon*, de Montpellier, dans sa thèse inaugurale, le médecin devra songer à la présence possible, dans les parois de l'utérus, de petits nodules fibromyomateux.

Ces petits nodules, quoique assez difficilement perceptibles, peuvent cependant être décelés par un examen minutieux qui se fera surtout à l'aide de la palpation bi-manuelle, des touchers rectal, vaginal et utérin.

La présence de ces tumeurs, si minines soient-elles, dans les parois utérines, suffit à expliquer les hémorrhagies.

Ces tumeurs, par les pertes anémiantes qu'elles entraînent, par la gêne qu'elles apportent à la conception et à l'accouchement, par les dangers qu'elles créent dans la délivrance, réclament un traitement.

Ce traitement sera aussi conservateur que possible.

Par une bonne hygiène (grand air, alimentation, glycéro-phosphates, ferrugineux, frictions sèches, hydrothérapie), on luttera contre l'anémie.

Par des injections chaudes, des lavements chauds, on réduira dans la mesure du possible, les hémorrhagies.

On usera avec sagesse de l'ergot de seigle, de l'hamamelis virginica, de l'hydrastis canadensis, du viburnum prunifolium, qui ont une action souvent médiocre et peuvent à la longue provoquer des troubles et des lésions de l'appareil circulatoire.

Le curettage, l'électrothérapie, seront bien des fois utiles pour supprimer les hémorrhagies, arrêter le développement des tumeurs, en produire même le retrait. Employés à plusieurs reprises, ils pourront chez des femmes approchant de la ménopause constituer un traitement vraiment curatif.

S'il s'agit d'une femme jeune et que la tumeur soit sous-muqueuse, sessile et pédiculée, on en fera l'extirpation, suivie de curettage.

Si les tumeurs sont interstitielles avec tendance à évolution sous-péritonéale, le curettage, l'électrothérapie combinés aux soins d'hygiène et à une ou plusieurs saisons à des stations thermales, pourront suffire et la femme conservera ainsi l'intégrité fonctionnelle de son appareil génital.

Enfin, dans le cas où, malgré l'emploi de tous ces moyens, les hémorrhagies persisteraient menaçantes pour la santé et pour la vie, il faudrait se décider ou pour l'extirpation de l'utérus et des annexes, de préférence par la voie vaginale, ou pour la castration totale.

L'acide sulfhydrique comme antiseptique et antiinfectieux.

M. le Dr *de Lada Noskowski*, de Marseille, a communiqué au Congrès de Marseille les résultats qu'il a obtenus du traitement des malades infectieux par l'hydrogène sulfuré.

Les doses d'acide sulfhydrique sont : 10 milligr. chez le nouveau-né, 10 centigr. chez l'adulte.

Le meilleur mode d'administration est le lavement, en solution, que l'on prépare extemporanément : il suffit de mélanger avec un peu d'eau, le sulfhydrosulfure de sodium et l'acide tartrique en quantités voulues.

Dans les infections pulmonaires, ce mode d'administration doit être renforcé par les inhalations sulfhydriques au moyen d'un appareil très simple.

Dans la tuberculose pulmonaire au 1er et au 2e degré, les résultats sont fort encourageants. L'auteur est très satisfait aussi des succès qu'il a obtenus dans la fièvre typhoïde, la variole, la diphthérie.

Il est vrai que ces essais ont déjà été faits pour la tuberculose pulmonaire sous forme de lavements, il y a 10 ans au moins et pour la diph-

térie sous forme de granules de sulfure de calcium ; mais les résultats n'ont pas toujours répondu aux espérances.

Les traumatismes crâniens chez les enfants.

D'après le Dr *G. Poirier*, de Paris (1), les traumatismes crâniens sont particulièrement fréquents chez les enfants ; les uns n'intéressent que les parties molles extra-crâniennes, qui peuvent être contusionnées ou rompues ; les autres intéressent la boîte crânienne et son contenu.

On peut voir des lésions intra-crâniennes sans solution de continuité des os ; les contusions et commotions cérébrales survenant dans ces conditions, sont déjà connues, mais on n'a guère parlé jusqu'ici des ruptures des sinus veineux sans fracture.

Malgré la faible épaisseur relative de la boîte crânienne chez l'enfant, on peut rencontrer des fractures de la table cxterne.

Les fractures du crâne chez l'enfant, avec intégrité des parties molles, sont susceptibles de produire, suivant les cas, des céphalhématômes et des pseudo-méningocèles traumatiques.

Les fractures du crâne chez l'enfant sont beaucoup plus fréquentes à la voûte qu'à la base ; encore ces dernières sont-elles le plus souvent des irradiations des fractures de la voûte.

Les fractures de la voûte, qui peuvent être des perforations, des fissures ou des enfoncements, nous ont paru plus fréquentes à gauche qu'à droite.

Quand la fracture s'accompagne d'un épanchement sanguin, celui-ci est plutôt extra-crânien, lorsqu'il s'agit d'une déchirure du sinus longitudinal supérieur et intra-crânien quand les artères des méninges sont lésées.

Toutes ces fractures, souvent très étendues chez l'enfant, peuvent s'accompagner de commotion et de contusion cérébrale, d'épilepsie partielle et d'abcès du cerveau.

Ce sont des affections très graves, mais dont le pronostic dans l'ensemble est peut-être un peu moins sombre chez l'enfant que chez l'adulte. Elles sont en tout cas d'un haut intérêt pour le chirurgien et il ne faut pas oublier qu'une intervention raisonnée et bien conduite est de nature à sauver les petits malades dans bien des cas.

La dyspepsie chez les enfants tuberculeux.

L'intégrité des voies digestives est un des éléments importants pour le traitement de la tuberculose. Les dyspepsies doivent donc être traitées de suite et avec sévérité. Voici, d'après le Dr *R. Blache*, dans la *Tuberculose infantile*, une formule qui a souvent donné de bons résultats et qui peut être utilisée à doses plus ou moins élevées, variant de la cuillerée à café à la cuillerée à bouche selon les âges :

Teinture d'iode fraîchement préparée	6 gr.
Extrait sec de ratanhia	2 —
Glycérine pure à 30°	30 —
Lactophosphate de chaux	15 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 —
Vin de Malaga	350 —

(1) *Thèse de Paris*, 1898.

N. B. Pour préparer ce vin il faut combiner préalablement l'iode avec l'extrait de ratanhia dissous dans la glycérine en chauffant au bain-marie, puis ajouter les autres éléments de la préparation.

MÉDECINE PRATIQUE

De la colite infantile.

Chaque période estivale ramène la gastro-entérite, la diarrhée et le choléra infantile et rend d'actualité l'étude des inflammations et infections du tube digestif. Parmi les multiples localisations de l'infection intestinale, il en est une particulièrement fréquente, la colite, que nous nous proposons d'analyser aujourd'hui d'après le travail de M. le Dr *Louis Guinon*, dans la *Gazette hebdomadaire*.

La colite aiguë se montre à tout âge, mais plus souvent au-dessous de 3 ans ; comme toutes les entérites, elle est assez fréquemment épidémique. La plupart du temps, l'infection a été produite par des aliments altérés, de mauvaise qualité ou irritants, comme les fruits pourris ou insuffisamment mûrs, le lait fermenté, l'eau malpropre.

Le calomel, les lavements irritants administrés contre les vers, peuvent produire une colite aiguë. La colite aiguë peut compliquer ou suivre les entérites typhiques, rubéoliques, colibacillaires. Enfin, cette affection peut survenir comme phénomène de suppléance, remplaçant un accès d'asthme.

En ce qui concerne les enfants du premier âge, la colite aiguë survient sur tous les terrains, indépendamment de toute diathèse, mais chez les enfants plus âgés, elle est presque toujours liée à l'hérédité neuro-arthritique ; parfois, le père est goutteux, eczémateux, la mère est névropathe, hystérique ou neurasthénique. — La colite chronique est plus fréquente après 4 ans ; elle est causée soit par plusieurs accès de colite aiguë, soit par une constipation habituelle. Dans ce dernier cas, la colite résulte soit de l'irritation produite par les scybales dures et accumulées dans le conduit, soit de l'usage intempestif de laxatifs trop énergiques.

Au point de vue clinique, on peut distinguer les formes suivantes :

Colite aiguë :
- Forme muqueuse ou catarrhale.
- — — grave.
- — — légère.
- — — localisée.
- — dysentérique.

Colite chronique :
- Muco-membraneuse continue.
- — type indolent.
- — type entéralgique.
- A paroxysmes simples.
- — dysentériformes.

I.

Colite aigüe.

La forme grave de la colite aiguë muqueuse succède le plus souvent à une indigestion caractérisée par un vomissement, un peu de fièvre et de la diarrhée fétide. Elle se montre, le plus souvent en été et chez un enfant âgé de 18 mois à 4 ans.

« Les matières fécales deviennent rapidement plus rares, en même temps que l'abondance de chaque garde-robe diminue, le mucus qui avait passé inaperçu d'abord, apparaît bientôt plus abondant sous forme de masses arrondies, de filaments verdâtres ou brunâtres, puis plus clairs et transparents ; ce mucus est plus ou moins dense ; parfois nettement isolé, il arrive à constituer la totalité de la selle, parfois il est mêlé à du liquide intestinal verdâtre ou séreux clair, il a une odeur fade, assez caractéristique, mais à peine perceptible dans quelques cas.

« Chaque émission est précédée de coliques parfois assez vives, et suivie d'épreintes ; l'enfant fait d'inutiles efforts, et demande fréquemment le vase ; l'anus est parfois béant ; au bout de quelques jours, la muqueuse est en prolapsus.

« La langue est blanche au début, puis les bords et la pointe deviennent rouges, les papilles saillantes. L'enfant demande fréquemment à boire, souvent, il ne supporte aucun aliment, au moins au début ; parfois même les jeunes enfants refusent tout liquide, ce qui explique leur état nauséeux.

« Le ventre est de volume normal ou légèrement rétracté dans sa région moyenne ; les parties latérales, correspondant aux côlons ascendant et surtout descendant, sont tendues, douloureuses et brûlantes. Le ballonnement sus-ombilical indique la tension du côlon transverse.

« Le facies est rapidement altéré ; les pommettes sont rouges au début, puis les yeux s'excavent, se cerclent de noir ; la face devient pâle, les traits sont tirés, le pli nasal s'accentue, les lèvres sont généralement très rouges au début, elles pâlissent ultérieurement ; la peau est sèche et chaude, le pouls vif, petit et dur, plus que ne le comporte la température, la respiration accélérée.

« Très agité dans les premières heures, l'enfant ne tarde pas à s'affaiblir, sous l'influence des pertes de liquide, des vomissements, des douleurs et du ténesme ; il reste alors immobile, les yeux fermés, répondant péniblement et ne se réveillant que pour boire ou évacuer.

« Chez les enfants plus âgés, malgré la gravité des symptômes intestinaux, la faiblesse est moindre, l'état général résiste plus longtemps.

« La température dans les formes graves atteint 39° et plus : les formes moyennes ne dépassent pas 38° et 38°5. Quand la température présente des oscillations régulières, sa courbe ressemble beaucoup à celle de la fièvre typhoïde. »

« La durée habituelle de la période aiguë est de 6 à 10 jours ; mais la convalescence est lente et traînante : elle dure des semaines pendant lesquelles l'enfant reste pâle, faible, amaigri. Elle est annoncée par la réapparition de matières fécales formées ; on y aperçoit, alors, des matières muqueuses plus épaisses, opaques et comme purulentes. La fièvre tombe. L'appétit reparaît, la langue se nettoie, le ventre reprend lentement sa souplesse.

« Cette terminaison heureuse, après une première atteinte, souffre de nombreuses exceptions. Parfois, après une amélioration de quelques jours, une rechute survient soit spontanément, soit sous l'influence de l'alimention trop vite reprise. Dans ces cas la guérison n'est souvent difinitive qu'après plusieurs poussées successives.

« Plus rarement, l'entérite s'aggrave au point de donner lieu à des accidents cholérifomes : vers le 3e ou le 4e jour de la maladie, les garde-robes deviennent plus abondantes et presque continuelles ; l'enfant s'affaiblit à vue d'œil, les traits se creusent, le facies se grippe, les extrémités se refroidissent, la sécrétion urinaire s'arrête et l'enfant offre tout le tableau de l'algidité cholérique. Des accidents méningitiques s'y joignent dans quelques cas : alors apparaissent des convulsions peu intenses, quelquefois limitées aux globes oculaires. On observe de la raideur des membres et de la nuque, l'enfant tombe dans un coma rapidement mortel. Cette terminaison se voit surtout au-dessous de 2 ans. »

Formes légères, atténuées. — Heureusement, les formes légères et bénignes sont plus fréquentes que les formes graves. L'enfant ne mange plus, sa langue est saburrale, il vomit même une ou deux fois et se plaint du ventre, au moment où on le palpe. — Les selles deviennent plus fréquentes et contiennent du mucus mélangé aux matières fécales. — La température s'élève à peine de quelques dixièmes au-dessus de 37°5. Il y a même des cas où les symptômes sont encore plus atténués et passent presqu'inaperçus.

Formes localisées ou partielles. — La colite peut rester cantonnée à telle partie du gros intestin, le cœcum, le côlon transverse, l'S iliaque.

Dans le cas de localisation au cœcum, la fosse iliaque est tendue, chaude, douloureuse ; c'est en somme une véritable *typhlite* : on conçoit facilement que si le début est brusque, avec des vomissements et de la fièvre, on puisse penser à une appendicite.

Toutefois, la douleur est moindre que dans l'appendicite, elle est plus diffuse, ; on ne sent qu'une tension arrondie, sans induration ; il n'y a pas de constipation, mais au contraire des garde-robes glaireuses ; enfin, le froid, qui soulage les douleurs d'appendicite, est plutôt nuisible dans la colite cœcale. Habituellement, cette forme guérit très vite ou bien l'inflammation s'étend à tout le côlon.

Quand la colite est localisée à l'S iliaque et au rectum, il y a une vive douleur dans la fosse iliaque gauche et les selles s'accompagnent de ténesme. Les symptômes fébriles peuvent être intenses au point de faire penser à une fièvre typhoïde ; mais l'examen montre que la rate n'est pas grosse et que les taches rosées lenticulaires font défaut. D'ailleurs, cette affection cède en 4 ou 5 jours.

Forme dysentérique. — « L'affection débute, soit insidieusement par une légère diarrhée glaireuse, qui devient plus tard sanguinolente

soit brusquement, par plusieurs selles survenant coup sur coup, d'abord diarrhéiques, puis tout à coup chargées de sang en même temps que surviennent les vomissements et la fièvre. La face est rouge, la peau est chaude, le pouls vif et dur, la langue est allongée, rouge surtout au bord et à la pointe, les papilles sont saillantes. L'enfant se plaint d'une soif vive, les boissons froides et les aliments provoquent de vives douleurs de l'estomac et du ventre. L'abdomen est rétracté au centre, dur et tendu aux différentes régions du côlon. Les douleurs, vagues et continues, occupant tantôt les flancs, tantôt la région péri-ombilicale, deviennent plus aiguës par moments et cessent avec l'évacuation des garde-robes. L'enfant pousse alors des cris, fait de violents efforts, l'anus est rouge, béant, et cette crise douloureuse n'aboutit qu'à l'émission de quelques gouttes de liquide muqueux et sanguinolent.

« Les caractères de ces garde-robes sont à peu de chose près ceux de la dysenterie vraie, variant du « frai de grenouille » au « crachat pneumonique » sans atteindre toutefois jamais l'aspect de « râclures de boyaux ».

« Les épreintes rectales s'accompagnent du ténesme vésical : l'urine est très rare, très foncée.

« La dépression des forces est dès le début considérable ; l'enfant est dans la torpeur, mais cependant, son sommeil est à chaque instant interrompu par des douleurs, des cris. Il pleure et se plaint constamment.

« Le sang disparaît des garde-robes au bout de quelques jours, puis le mucus disparaît à son tour et la diarrhée reparaît précédant le retour des garde-robes normales. La fièvre, qui dans les premiers jours atteint jusqu'à 39° et 39°5, cesse généralement au bout de 8 jours, 10 au plus. Elle est parfois suivie d'une courte période d'hypothermie. La guérison survient quelquefois très rapidement ; mais, comme la colite simple, la colite dysentériforme laisse souvent des traces d'inflammation chronique (1) ».

II

COLITE CHRONIQUE.

Cette affection ne se montre guère avant l'âge de deux ans, et son début peut affecter deux modalités différentes : ou bien, elle succède à une entérite aiguë, muqueuse ou dysentériforme ; l'enfant est, selon l'expression, « sensible de l'intestin » ; ou bien, la colite débute insidieusement par de vagues douleurs après les digestions et des alternatives de diarrhée et de constipation.

Les enfants, qui en sont atteints, ont une pâleur bistrée, les yeux sont cerclés de noir, les lèvres d'un rouge vif. La langue est empâtée à la base ; l'haleine est fétide ; le ventre tantôt ballonné, tantôt rétracté. Au point de vue de la sensibilité, l'intestin se comporte de façon très variable ; s'il y a douleur, elle siège surtout au niveau de l'S iliaque. Le gros intestin, tendu, donne la sensation de la corde de Glénard. Ce qui domine chez ces enfants, c'est la constipation. Le type diarrhéique est beaucoup plus rare. La digestion s'accompagne de fièvre avec bâillements et éructations. Les urines contiennent de l'indican, le foie est gros.

Ainsi constituée, l'affection reste longtemps stationnaire, interrompue de temps en temps par des poussées aiguës ou *paroxysmes* qu'on observe aussi au début de l'affection ; tantôt il s'agit d'une *simple diarrhée* muqueuse avec ballonnement, douleur et fièvre, tantôt d'une *poussée dysentériforme*. Elles affaiblissent beaucoup les malades. (*France médicale.*)

Les enfants cessent de croître, ils restent petits, les os grêles, les membres minces, la poitrine étroite ; tel enfant de 3 ans paraît en avoir deux : un enfant de 11 ans est moins développé et d'apparence plus infantile que son frère qui en a huit. Si on les laisse livrés à eux-mêmes jusqu'à l'adolescence, la différence éclate plus vivement. Mais quelque profonde que soit cette dystrophie, elle ne prend pour ainsi dire jamais l'aspect du rachitisme.

Pronostic. — L'avenir est sombre pour ces malades, car la colite chronique est une affection tenace, résistant parfois au traitement le mieux dirigé, facilement aggravée par les médications intempestives et illogiques ; mal soignée, elle est indéfinie. Arrivés à l'âge adulte, ces malades deviennent généralement dyspeptiques, neurasthéniques, et de la variété la plus fâcheuse ; ils présentent de l'entéroptose, de la mobilité du rein droit et tous les troubles qui en résultent.

Mais bien soignés *dès le début*, ils guérissent ordinairement complètement.

Diagnostic. — C'est de la tuberculose intestinale qu'il importe le plus de différencier la colite chronique. On se basera généralement sur la constatation de la pigmentation de la peau, de la rougeur des lèvres et de la langue, de l'absence d'engorgement ganglionnaire, enfin de l'anorexie complète, pour penser plutôt à la colite.

Dans la *péritonite chronique* on constate l'existence de noyaux indurés. Dans la forme entéralgique, les douleurs peuvent simuler la *gastralgie*. D'ailleurs, l'examen des garde-robes suffit à faire reconnaître la colite, mais, parfois, il faut y joindre l'examen microscopique, qui peut faire dépister la lithiase intestinale ou la lombricose associée à la colite.

Complications des colites. — Il faut citer l'hémorrhagie intestinale, les abcès, furoncles, la broncho-pneumonie, la péritonite, le prolapsus rectal.

Contrairement à l'opinion de Dieulafoy, M. Guinon pense qu'il y a de fréquentes relations entre la colite chronique et des poussées d'appendicite. Rappelons, avec Escherich, Trump et Hutinel, la coïncidence de la *cystite* plus fréquente (cela se comprend aisément) chez les petites filles.

Le purpura peut être un accident secondaire à l'infection intestinale ; dans la colite chronique, les dermatoses affectent le type prurigineux. L'éruption occupe surtout les avant-bras et le dos des mains.

Signalons, enfin, certains accidents nerveux et la néphroptose.

(1) L. Guinon. *Gaz. Hebdomad.*, n° 27, 1898.

III

TRAITEMENT.

« Le traitement est variable suivant la forme de la maladie. Mais dans tous les cas, il doit être dirigé en vue d'abréger les crises et d'en prévenir le retour.

« *Colite aiguë.* — La conduite à tenir sera la même que dans les autres variétés d'entérite infantile. On mettra l'enfant à la diète hydrique : on lui donnera des tisanes tièdes, froides s'il a des vomissements. Le lait devra être donné en quantité très modérée et à intervalles réguliers, car il n'est pas toujours bien supporté, et, dans le cas où il y aurait de l'intolérance, il faudra le supprimer complètement.

« On donnera des bains tièdes à 32 et 35, si la fièvre est violente. La durée du bain sera de 5 à 10 minutes.

« Pour combattre les douleurs on appliquera sur le ventre des compresses chaudes, des cataplasmes émollients.

« Le meilleur moyen de combattre l'infection, sera de donner des lavements d'eau bouillie à 40° avec un peu de guimauve ou de borate de soude. Les lavements, en effet, réalisent autant que possible, l'antisepsie intestinale. Ils devront être faits sous une faible pression afin d'éviter une distension brusque qui serait douloureuse, ou un spasme qui arrêterait le liquide. Un appareil, à la fois simple et commode, permet de faire ces lavages avec facilité et sans danger. Il est composé d'un entonnoir en caoutchouc d'une capacité de 50 grammes, d'un ajutage en verre pour surveiller l'écoulement des liquides et unir l'entonnoir au tube de caoutchouc, enfin d'un jeu de tubes gradués et calibrés suivant l'âge.

« Comme médicaments, on aura recours à la décoction blanche de Sydenham, à l'antipyrine, à l'opium ou au laudanum. Cependant, comme ce dernier médicament est en général mal toléré par la voie stomacale, on l'administrera de préférence sous forme de lavements laudanisés. Mais il faudra, toutefois, l'administrer avec beaucoup de prudence, car il a l'inconvénient de favoriser la constipation, ce qu'il faut précisément éviter.

« Quand la poussée de colite est atténuée, l'ipéca en lavements, et le calomel, prescrit à doses fractionnées, donnent de très bons résultats. On augmentera un peu l'alimentation, mais avec beaucoup de prudence. On donnera le lait coupé avec de l'eau minérale.

« Pendant la convalescence, biscuits, croûtes de pain, œufs très peu cuits, laits de poule, panades, lait stérilisé coupé, puis pur. Combattre alors la constipation.

« *Colite dysentériforme.* — Infusion de 20 centigrammes à 1 gr. 50 d'ipéca suivant l'âge. Petits lavements d'antipyrine ou de nitrate d'argent. Si l'enfant est déprimé, injections sous-cutanées de sérum. Eviter les complications vésicales par grande propreté de la vulve.

« Enfin, quand il y aura peu de mucus, on essaiera les lavages de l'intestin, mais toujours avec douceur.

« *Colite chronique.* — On traitera la constipation par les eaux minérales salines et surtout par l'huile de ricin qui est le laxatif de choix et qu'on pourra associer à la manne.

« Comme alimentation, on prescrira les potages maigres, les fruits bien cuits, des poissons maigres et bouillis, des œufs à la coque, des panades, de la purée de légumes. L'alimentation de choix serait le lait combiné à la magnésie.

« Comme traitement local, on fera des lavages de l'intestin avec de l'eau bouillie ou boriquée; on appliquera des compresses chaudes et on conseillera les bains chauds. Enfin, contre la douleur on pourra faire des badigeonnages à la teinture d'iode, et s'il n'y a pas de cystite, appliquer un vésicatoire très léger qu'on laissera peu de temps en place.

« L'hydrothérapie est un des meilleurs moyens pour tonifier ces malades qui sont presque toujours des névropathes. On leur conseillera donc les douches chaudes, mais le jet ne devra jamais être dirigé sur l'abdomen.

« On prescrira aussi les frictions sèches ou le massage qui combattent très bien la constipation.

« Le changement d'air, le repos, à la campagne, la vie calme seront utiles à ces malades. Ils devront, en outre, éviter tout surmenage physique et intellectuel. »

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite dans le Loiret en 1897.

Si le résumé du fonctionnement général du service de l'assistance médicale gratuite pour toute la France permet des comparaisons intéressantes, l'exposé de ce fonctionnement, dans des départements en particulier, présente un intérêt beaucoup plus grand, car il met en évidence des points qui ne peuvent évidemment trouver place dans le rapport général.

J'ai déjà donné les résultats de 1895 et 1896 dans le département du Loiret ; voici ceux de 1897 :

Sur les 349 communes que compte le département, 9 seulement restent en dehors, savoir 7 parce qu'elles ont un service municipal spécial et deux parce qu'elles n'ont pas dressé de liste, n'ayant personne à inscrire.

Les 340 communes qui ont participé au service départemental, représentent une population de 283.340 habitants et ont donné 19.136 inscrits, soit une proportion de 6,75 %.

Le nombre des assistés soignés, exactement relevé, a été de 6.602, soit 34,50 % des inscrits.

Ces proportions peuvent être considérées comme normales.

Ces 6.602 malades ont reçu 17.225 visites de jour, 205 visites de nuit et 7.080 consultations, ils ont occasionné pour 1340 fr. de frais chirurgicaux et 20.904 ordonnances pharmaceutiques.

Les accouchements pratiqués par les médecins ont été au nombre de 35 dont 19 ont nécessité la pratique de la version ou l'emploi du forceps ; ceux pratiqués par les sages-femmes ont été au nombre de 308.

Les consultations donnent droit à une rému-

nération de un franc, les dépenses de ce chef se sont élevées à 7.080 fr.

Les visites dans la localité habitée par le médecin, donnant droit à une rémunération semblable, ont été au nombre de 7.101 et ont par conséquent occasionné une dépense de 7.101 fr.

Les visites avec déplacement sont augmentées d'une indemnité kilométrique de 0 fr. 25, de commune à commune et à l'aller seulement : elles ont été au nombre de 10.134 et ont occasionné une dépense de 23,095 fr. 75, soit 2 fr. 279 comme prix moyen.

Il est à remarquer que l'indemnité kilométrique s'applique à toutes les visites indistinctement.

Les visites de nuit ayant une rémunération double, ont occasionné une dépense de 594 fr. ; la plupart sont faites dans les localités habitées par les médecins.

Les 324 accouchements simples ont donné une dépense de 2.750 fr. 25, soit une moyenne de 8 fr. 488 ; il y a fort peu de déplacements pour ces accouchements (1) ; les 19 cas de dystocie ont donné une dépense de 400 fr.

Un très petit nombre de vaccinations a donné 55 fr. 75 aux médecins et 93 fr. 75 aux sages-femmes.

En somme la rémunération des médecins s'est élevée à 39.815 fr., soit une moyenne de 6 fr. 030 par assisté soigné et de 2 fr. 080 par assisté inscrit.

La rémunération des sages-femmes a été de 2.695 fr. 50.

Le service de pharmacie a occasionné une dépense de 31.837 fr. 45, soit une moyenne de 1 fr. 523 par ordonnance, de 4 fr. 820 par assisté soigné et de 1 fr. 663 par assisté inscrit.

En résumé l'assistance à domicile a coûté 74.141 fr. 65, soit 11 fr. 230 par assisté soigné et 3 fr. 874 par assisté inscrit.

Les hospitalisations et transports ont donné une dépense de 10.954 fr. 25 pour 353 malades, soit une moyenne de 31 fr. 030 par malade.

Les assistés ayant les communes comme domicile de secours ont donc occasionné une dépense de 85.095 fr. 90 soit 4 fr. 446 par inscrit.

Si l'on ajoute les frais occasionnés par les assistés ayant comme domicile de secours soit le département du Loiret, 205 fr. 90, soit les autres départements, 270 fr. 60, soit enfin l'Etat, 92 fr. 40, et enfin les frais d'administration, 4.231 fr. 27, on arrive à un total général de 89.895 fr. 97. —

Ceux de nos confrères que la question intéresse pourront trouver les résultats donnés, les années précédentes, dans le *Concours médical* pour 1895, *année 1896, n° 27, page 321*, pour 1896, *année 1897, n° 26, page 310.*

Nous serions reconnaissants à nos confrères de vouloir bien nous communiquer les résultats analogues fournis par d'autres départements.

Dr A. GASSOT.

(1) Pour 1899 le prix des accouchements a été relevé à dix francs avec l'indemnité kilométrique habituelle.

REPORTAGE MÉDICAL

La peste à Vienne. — On sait que les Drs Ghon, Albrecht, Müller et Poch avaient été chargés d'aller étudier l'année dernière la peste bubonique des Indes. Ils avaient rapporté des cultures du bacille pour continuer leurs recherches à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université. Ces recherches étaient terminées, lorsqu'un garçon de laboratoire, qui nourrissait des rats immunisés, tomba malade et mourut d'une affection qui paraît bien avoir été la peste. Deux infirmières qui l'avaient soigné furent prises à leur tour, puis, enfin M. le Dr Müller, médecin traitant, s'alitait le 21 octobre et mourait le 22. Des gardes malades se sentant aussi indisposées à des degrés divers, on avait pris toutes les précautions d'isolement nécessaires et fait des injections préventives de sérum antipesteux. Aujourd'hui, l'état des malades semble bien amélioré et on espère limiter le foyer.

Le Sanatorium d'Aas. — La villa Miro, située entre Eaux-Bonnes et la section d'Aas, vient d'être transformée en sanatorium, par le docteur Portes, médecin municipal des Eaux-Bonnes, membre du Concours médical.

Exposée au midi, elle est, par sa situation topographique, abritée des vents par les montagnes environnantes et surtout du Nord par la montagne Verte.

Comme l'indique le nom, ce sanatorium, qui restera ouvert toute l'année à partir du 1er novembre 1898, est destiné à recevoir et traiter les malades atteints d'affections pulmonaires, tributaires de la triple cure d'air, de repos et de suralimentation tant prônée aujourd'hui par la science.

Il se trouve à une altitude de 750 mètres et réunit, d'après les médecins qui l'ont visité, toutes les conditions hygiéniques des établissements similaires, telles que : lavage antiseptique de l'ameublement, parquets, murs et plafonds peints à la Bengaline, désinfection du linge au moyen de l'étuve municipale de Geneste et Herscher, désinfection des appartements au formolateur Helios, et destruction des produits de l'expectoration dans un four ad hoc.

Nous souhaitons plein succès à l'initiative prise par M. le Dr Portes.

Projet de réunions médico-chirurgicales de sociétés savantes. — M. le Dr Le Gendre a proposé, à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, que, à des époques fixées, cette société et la Société de chirurgie fussent réunies en commun pour discuter avec plus de profit certaines questions qui intéressent les deux branches scientifiques. On dit que semblable vœu avait déjà été formulé sans succès. Pourquoi ? L'utilité pratique de cette mesure n'est pas douteuse.

Exemple de désintéressement. — M. le docteur Calmette vient de faire don à l'Institut Pasteur, qu'il dirige à Lille, de 250,000 francs, représentant les bénéfices réalisés dans les distilleries de Seclin par une de ses inventions.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4302.— M. le Docteur MOSSEL, de Trie-sur-Baise (Hautes-Pyrénées), présenté par M. le Docteur Tujague, de Trie-sur-Baise (Hautes-Pyrénées).

N° 4303. — M. le Docteur EUVRARD, de Paris, présenté par M. le Docteur Kinzelbach, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Eltchammoff, de Saint-Calais (Sarthe), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 46 12 NOVEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Assemblée Générale du 20 Novembre

Les membres du Concours sont priés d'envoyer, de suite, leurs propositions à l'Assemblée générale, et d'aviser de leur intention d'assister à l'Assemblée générale et au Banquet, qui auront lieu le 20 novembre, à deux heures pour les réunions, et à sept heures pour le banquet, Restaurant Marguery, boulev. Bonne-Nouvelle.

PROPOS DU JOUR

Convocation à l'Assemblée générale.

Chers confrères,

Nous avons publié au dernier numéro l'ordre du jour des trois réunions générales, qui se tiendront le 20 novembre.

L'importance de la plupart des questions qui y sont inscrites a-t-elle suffisamment frappé tous les membres du Concours ? Ont-ils vu, avec toute la netteté désirable, ce que cachent de dangers pour le médecin, ces deux lois récemment votées par le Parlement, l'une afin de développer la mutualité, l'autre par mesure de protection des ouvriers de l'industrie ?

S'ils n'en comprennent pas bien les conséquences, il est urgent qu'ils viennent s'éclairer à notre assemblée ; si, au contraire, leur inquiétude est justement éveillée, ils doivent nous assister dans les résolutions à prendre.

A ces deux lois et à l'étude de la révision de la loi Roussel, dont les graves lacunes ont été signalées de bien des côtés, nous devrons réserver la grosse place, parce que l'actualité nous force absolument la main.

Mais nous avons besoin de votre avis sur beaucoup d'autres points, qui sont depuis longtemps l'objet de nos préoccupations particulières.

L'application de l'Assistance médicale est une question toujours ouverte et toujours palpitante d'intérêt.

Certain projet sur l'exercice de la pharmacie dort, après amputation, dans les cartons des Chambres. Ne serait-il pas bon de nous mettre d'accord pour réclamer son renvoi aux calendes grecques, puisqu'il ne contient plus que des menaces à notre égard ?

Et combien de sujets de ce genre sont à comprendre sous la rubrique *propositions diverses*, à moins que vous ne les en fassiez sortir en formulant, dès aujourd'hui, les desiderata qu'il plairait à chacun de vous de voir discuter, après examen du Conseil de Direction ?

Les services rendus par l'Amicale, et les ambitions très légitimes qu'a fait naître l'apparition du *Sou* (cette grande œuvre de défense mutuelle, qui s'abrite sous un titre si modeste), sont également de ces choses, dont il faut s'entretenir en famille. Dans la conversation, une idée en engendre une autre : toutes seront notées par les secrétaires de nos séances, et vous nous donnerez, ainsi, provision nouvelle de matériaux

et de documents que le Conseil de Direction utilisera pour le mieux de nos intérêts communs.

Notre « Concours » est, sans nul doute, la plus active des sociétés médicales d'intérêt professionnel : ceux qui en dépouillent la correspondance sont autorisés à l'affirmer. Mais elle souhaiterait de voir ses membres encore plus nombreux aux Assemblées générales, afin d'augmenter sans cesse le poids de ses décisions.

On veut bien nous répéter, également, que dans l'atmosphère de camaraderie qui les entoure, nos banquets ont un charme spécial ; que quand on y est venu, on y revient toujours ; qu'on s'y sent les coudes, et que le culte du piédestal n'y offusque personne.

Faut-il chercher encore, chers confrères, d'autres bonnes raisons pour prouver l'utilité de votre présence à notre Assemblée générale ? A quoi bon ? Vous avez tous, c'est certain, une question qui vous préoccupe d'une façon spéciale. Adressez-nous vos observations à ce sujet, et venez ensuite exposer votre sentiment.

Notre unique désir est de donner satisfaction *à tous.*

A dimanche prochain.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La cicatrisation des plaies du foie.

MM. *V. Cornil* et *P. Carnot* ont fait une série de recherches anatomiques et physiologiques sur le mode de cicatrisation des plaies du foie, qui leur ont permis de formuler d'importantes conclusions dont voici les principales :

1° Une plaie simple du foie, faite par un instrument bien tranchant, se répare par l'intermédiaire de la mince couche de sang étalé entre les deux surfaces en contact, par l'anastomose des cellules de tissu conjonctif, puis par la formation des capillaires au troisième ou au quatrième jour, absolument comme dans la réparation cicatricielle du tissu conjonctif de la peau et dans les adhérences des séreuses.

2° Dans les plaies à l'emporte-pièce, si le cylindre intérieur de tissu hépatique n'a pas été détaché à sa base, la cicatrice périphérique, suivant la section faite par l'emporte-pièce, se forme de la même façon que dans le cas précédent. Si le cylindre a été détaché puis remis en place, les cellules hépatiques qui y sont renfermées se mortifient presque toutes ; mais comme les cellules plasmatiques et les vaisseaux venus du foie normal pénètrent dans le cylindre mortifié, il se fait tout autour de ce dernier, une cicatrice, qui y ramène la nutrition comme dans la régénération d'un infarctus ;

3° Une plaie en V remplie de fibrine fraîche ou bouillie, se répare très vite, et la fibrine est, au bout de cinq à six jours, envahie, dans la plus grande partie de son étendue, par des vaisseaux de nouvelle formation et par des cellules plasmatiques. Au début, une mince couche de cellules hépatiques est mortifiée à la surface de la plaie, mais le tissu conjonctif, les vaisseaux et leurs cellules et les canalicules biliaires ne sont pas lésés. Ces canalicules conservés paraissent ainsi isolés au milieu de la fibrine et assez éloignés des îlots hépatiques. Les cellules épithéliales de ces canaux peuvent affecter la forme de cellules géantes. La poussée des cellules plasmatiques et des vaisseaux est toujours précédée soit dans la fibrine, soit dans la surface de la plaie hépatique, par un grand nombre de leucocytes.

4° Un fragment d'éponge fine, surtout s'il est imbibé de jaune d'œuf, peut être employé pour combler une perte de substance hépatique. Les lacunes de l'éponge sont envahies à sa périphérie par des cellules plasmatiques et des vaisseaux, tandis que son centre est rempli de sang qui ne s'organise que plus tard ;

5° L'ablation d'un lobe ou d'une partie très étendue du foie, donne aussi lieu à une cicatrice, avec l'aide habituelle de l'épiploon. Cette cicatrice fibreuse présente, au niveau du foie, une dissociation des îlots préexistants par du tissu fibreux de nouvelle formation, comme dans la cirrhose ;

6° Les agents actifs des cicatrices sont les cellules endothéliales et plasmatiques. Les cellules hépatiques n'y jouent aucun rôle

Applications à la chirurgie humaine. — Ces expériences fournissent à la médecine opératoire des renseignements utiles. Au point de vue hémostatique d'abord, s'il s'agit d'une plaie simple et qui n'est pas très étendue, on pourra, le foie étant mis à découvert après une laparotomie, arrêter l'écoulement du sang avec une solution de gélatine stérilisée à 10 % que l'on fera couler sur la plaie. Pour plus de sûreté, lorsqu'on a affaire à une plaie étendue, on rapprochera les deux lèvres à l'aide de ligatures placées dans la capsule de Glisson. Un peu de fibrine ou un caillot sanguin, restant interposés entre les deux surfaces de la plaie, ne nuiront nullement à la cicatrisation, car ce caillot donnera des matériaux de nutrition aux cellules du tissu conjonctif et aux cellules endothéliales des vaisseaux qui formeront la cicatrice, et leur servira de support. On peut, sans inconvénient, pour régulariser une plaie, enlever des fragments plus ou moins étendus du foie. Si la perte de substance est superficielle, il sera utile d'amener une lame du grand épiploon que l'on fixera par un ou deux points de suture aux bords de la capsule de Glisson.

Lorsqu'une plaie s'accompagne de perte de substance qu'il est utile de remplir, on pourra se servir soit de fibrine humaine fraîche et obtenue aseptiquement ou de fibrine cuite, soit d'un fragment d'éponge stérilisé, imprégné ou non de jaune d'œuf. L'éponge présente moins d'avantage que la fibrine, au point de vue de la rapidité d'organisation du tissu fibreux, mais elle offre plus de résistance et remplit mieux la cavité où elle est insérée.

Les cures de lait dans les maladies de l'estomac.

Le lait est un puissant moyen d'action à appliquer aux affections du tube digestif ; mais, ce moyen n'est pas de la même efficacité dans tous les cas. Cette différence dans les effets du régime lacté ne tient pas seulement à une tolérance, variable suivant les malades, mais aux transformations que subit le lait au cours de la digestion.

Dans quelques cas de maladies digestives, dit M. Boas dans les *Blatter für Klin. Hydrothérapie* (trad. *France médicale*), le lait n'est pas seulement un aliment, mais un remède souverain. Il en est ainsi pour la gastrite folliculaire et pour l'ulcère rond. Surtout, dans ce dernier cas, où il faut éviter toute action mécanique qui serait traumatique, le régime lacté tient mieux sa place que tout autre régime et, en outre, sature l'acide en excès.

Le lait est encore utile dans certaines affections de l'estomac qui compliquent l'anémie, la phtisie, et qui se traduisent par les symptômes de l'insuffisance gastrique. Il n'y a, par contre, aucune règle à poser dans le traitement des dyspepsies nerveuses et Boas recommande d'essayer empiriquement le régime lacté.

Le lait est très mal supporté dans les dyspepsies avec hypochlorhydrie. Il faut d'abord débarrasser l'estomac des masses jaunes, épaisses, non coagulées, dont l'odeur est celle des acides gras, avant de prescrire le lait. A l'absence de coagulation se joint, ici, le danger des fermentations.

Au contraire, le lait est indiqué dans tous les rétrécissements du pylore, non comme régime exclusif, mais comme aliment, à petites doses et cuit avec diverses farines. Le lait est indispensable dans les cas d'insuffisance motrice et chimique, c'est-à-dire dans les cas de cancer du pylore et d'hypertrophie de cette région.

Le lait est moins indiqué dans les atonies et l'insuffisance mécanique sans sténose, car il faut épargner le muscle stomacal et l'ingestion de grandes quantités de lait irait contre cette indication. De même le régime lacté est contre-indiqué dans les cas de flatulence, dans les diarrhées chroniques, la tuberculose intestinale, la dégénérescence amyloïde de l'intestin, les ulcérations de cet organe. Cependant, dans quelques cas, le lait chaud peut être supporté. Il ne faut pas oublier que le lait constipe généralement.

La digestibilité du lait peut être accrue, par exemple, par l'addition de crème de gruau ou d'orge, par l'addition d'eau de chaux, de cognac ; ce dernier agit en diminuant les fermentations.

Dans quelques cas de troubles digestifs, la crème, en raison des matières grasses qu'elle renferme, peut rendre des services. Elle est indiquée dans les cas où il faut restreindre les liquides. Certains laits soumis à la centrifugation sontplus riches en beurre et peuvent être très utiles. Le koumys et le kefir ont des applications moins générales, mais méritent cependant d'être utilisés dans les affections gastro-intestinales.

La digitale dans la pneumonie.

Le Dr *Paul Desourteaux*, de Paris, qui a expérimenté la méthode de traitement de la pneumonie par la digitale de Pétresco, déclare que la digitale à hautes doses (2 à 4 grammes de feuille, en infusion, par jour) est bien supportée par les pneumoniques.

Ainsi administrée, elle agit dans les 48 heures, et son action persiste après la cessation du médicament ; mais il faut remarquer que la digitale à hautes doses est sans action sur le processus inflammatoire de la pneumonie ; elle n'abrège pas la durée de la maladie.

Les principaux effets de cette médication chez les pneumoniques sont :

A. Abaissement de la température.
B. Suppression de la dyspnée.
C. Diminution de la fréquence du pouls.
D. Diurèse plus facile.

L'administration de la digitale, sous la forme d'infusion, n'est peut-être pas indifférente à la production de cette diurèse. La digitaline est, nous le savons, beaucoup moins diurétique que la macération ou l'infusion de feuilles de digitale. On peut reprocher à la macération les détails et la longueur de sa préparation.

L'infusion de feuilles de digitale a l'avantage de se préparer vite. Pétresco ne donne la digitale qu'en infusion, et nous recommandons tout particulièrement cette formule que nous avons vu employer pour bien des malades.

2 à 4 grammes de feuilles de digitale en infusion dans 200 grammes, d'eau ; on ajoute : sirop simple 40 grammes à prendre une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

L'infusion a l'avantage d'écarter la digitoxine qui est très toxique, car elle ne serait pas dissoute dans l'eau.

Mais, de ce que les doses de 2 à 4 grammes de digitale, par jour, n'aient pas amené d'accidents, il ne faudrait pas en conclure que toujours il faille donner ces doses et que jamais on n'aura de déboire. C'est au médecin à connaître la susceptibilité de son malade, ce qui est souvent impossible. En tous les cas, en voyant son malade au moins une fois tous les jours, le médecin pourra aisément surveiller l'action de la digitale et la supprimer si des phénomènes d'intoxication apparaissaient. — Il est indispensable d'interrompre la digitale lorsque, après quarante-huit heures, on n'a pas observé de modification du pouls et de la température. Il faut alors attendre un jour ou deux et reprendre ensuite aux mêmes doses, qu'il faudrait abandonner si on n'obtenait toujours pas de résultats.

En somme, la digitale à hautes doses, favorisant la diurèse et supprimant les trois grands et dangereux symptômes de la pneumonie, est un excellent traitement de cette maladie ; mais, il ne faut en user que chez des malades que l'on peut aisément surveiller.

La métrite chronique du col déchiré.

Les déchirures du col utérin, d'origine puerpérale, dit M. le Dr J. *Saïas*, dans sa thèse, donnent souvent lieu à l'éclosion de la cervicite, grâce à un double mécanisme pathogénique : 1° en agissant comme traumatismes et mettant ainsi le col en état de réceptivité morbide ; 2° en ouvrant la porte à l'infection, en tant que solutions de continuité.

Les lésions du plancher périnéal, coexistant avec des déchirures cervicales, sont une cause d'aggravation de tous les symptômes morbides.

Ce qui caractérise tout particulièrement la cervicite c'est, outre l'hypertrophie des lèvres cervicales plus ou moins « retroussées » et bourrées de kystes glandulaires, la présence, à leur surface, d'une pseudo-ulcération qui peut donner au col deux aspects cliniques différents.

La cervicite consécutive à la déchirure est principalement confondue avec le cancer du col, à

cause de la pseudo-ulcération, à laquelle elle donne lieu si souvent.

Elle est susceptible d'entraîner des complications multiples et parfois fort graves, par suite de la déformation ou de la cicatrisation vicieuse des lèvres cervicales.

Son traitement médical, dans les cas simples et légers, sera le plus souvent chirurgical, mais conservateur. On n'oubliera jamais l'examen du périnée et sa restauration s'il y a lieu.

Les contre-indications du traitement chirurgical sont celles du simple curettage.

Des préparations extemporanées et des ensemencements, faits avec le contenu des kystes glandulaires de deux cols excisés, n'ont permis de déceler la trace d'aucun microbe.

Les fractures de la diaphyse du radius de cause indirecte.

Pour M. le Dr Louis La Mouche, de Dijon, les fractures de la diaphyse du radius présentent une pathogénie fort intéressante, en relation directe avec les conditions de la chute, suivant que le malade est tombé en avant, la main étendue, ou bien qu'il est parti en arrière, le bord cubital de la main recevant le poids du corps, l'avant-bras demi-fléchi. Dans les deux cas, elles doivent être rapportées à une exagération de la courbure externe du radius.

Les fractures indirectes du radius au tiers moyen s'accompagnent presque toujours de diastasis de l'articulation radio-cubitale inférieure et de douleurs qui se montrent longtemps encore après la guérison, douleurs dues à une véritable arthrite, par déviation de position des surfaces articulaires et auxquelles on donne la valeur d'un syndrome clinique.

Dans tous les cas indistinctement, la radiographie fixera d'une façon absolue le siège de la fracture et les complications toujours possibles du côté du poignet.

Peu graves en elles-mêmes, ces fractures peuvent avoir un pronostic éloigné plutôt défavorable, étant donnée la persistance possible de l'impotence fonctionnelle.

Le traitement sera le massage quotidien et le maintien dans un appareil plâtré amovible, soutenu par des tours de bande, pendant vingt à vingt-cinq jours : on aura soin de porter la main dans l'extension et dans l'adduction, avec le moins de pronation possible de l'avant-bras. La position type serait l'adduction continue, dans la supination.

MÉDECINE PRATIQUE

Varicelle et Impétigo.

La clinique infantile présente, entr'autres graves difficultés de diagnostic, l'embarrassante question de la différence de la varicelle et de l'impétigo. Souvent on est exposé à confondre l'un avec l'autre, d'autant qu'ils se suivent souvent et se ressemblent beaucoup. Il est cependant fort important de ne pas faire de confusion, au point de vue de la prophylaxie, de la contagiosité possible et du pronostic sur lesquels on doit donner un avis. M. le Dr *Descroizilles* a récemment consacré une intéressante clinique à l'étude de ce problème passionnant, et nous en emprunterons les principales conclusions pour tâcher d'éclairer la question.

I.

VARICELLE

La varicelle est une affection épidémique et contagieuse, mais non inoculable directement, qui est caractérisée par un très léger état gastrique, plus ou moins fébrile, et surtout par une éruption bulleuse généralisée, débutant au cou, puis s'étendant à la face, au cuir chevelu, au tronc, aux membres, par plusieurs poussées successives. L'éruption de varicelle dure en moyenne 5 jours : Deux jours pour la vésiculation, un jour d'état et deux jours pour la dessication. Plusieurs poussées se font successivement ; mais avant que les précédentes soient entièrement terminées de sorte que la maladie dure en moyenne 10 jours. Les seuls phénomènes que l'enfant éprouve sont de légers malaises, un peu d'insomnie, du prurit, suivant la confluence de l'éruption qui est d'ailleurs fort variable.

Habituellement, au bout de la quinzaine, tout est entièrement terminé, à part quelques exceptions où survient de la suppuration ou du sphacèle, les bulles se dessèchent et se desquamment sans laisser de traces. Quand il y a eu de la suppuration ou du sphacèle, la dessication est un peu plus lente et la chute des croûtes est suivie de cicatrices plus ou moins larges, blanches, nacrées, indélébiles.

La varicelle est contagieuse, car on en observe souvent plusieurs cas dans la même famille et dans la même école, mais elle n'offre aucune gravité, ne nécessite aucune médication interne, ni aucune mesure sévère de prophylaxie. Tout au plus, peut-on être amené à donner une légère purge, un calmant pour l'agitation nocturne, et un topique externe pour éviter le prurit. Aucune prophylaxie sérieuse ne peut être tentée, sauf l'isolement du malade; mais ni la désinfection, ni la vaccine ne peuvent préserver de la varicelle.

II.

IMPÉTIGO

L'impétigo est une affection cutanée vésiculo-pustuleuse, qui évolue presque toujours sans fièvre et qui constitue généralement une manifestation de la scrofule. Tantôt solitaire, tantôt généralisée, l'éruption d'impétigo est constituée par une ou plusieurs pustules suppurées jaunâtres, qui se dessèchent à la surface, forment des croûtes épaisses, jaunes ou marron, et continuent à suinter, en répandant au voisinage des sécrétions irritantes et contagieuses, susceptibles d'étendre encore davantage les lésions. Les ganglions des régions correspondantes se prennent, s'engorgent et s'enflamment,

La durée de cette éruption est indéterminée ; elle varie de 15 jours à plusieurs mois, selon le terrain et surtout selon le traitement. D'ailleurs, l'impétigo est rarement pur ; il est accompagné d'éruptions mixtes eczémateuses, acnéiques, lichéniennes, etc., qui modifient l'aspect extérieur des pustules et des croûtes.

III.

PARALLÈLE.

« La varicelle et l'impétigo peuvent se montrer

simultanément chez le même malade. Tantôt, la varicelle précède l'impétigo d'une ou plusieurs semaines ; tantôt, l'impétigo existe déjà quand on voit survenir les prodromes de la varicelle, et souvent, il y a eu, à différentes époques éloignées les unes des autres, des poussées impétigineuses, avant l'apparition de la varicelle. Quoi qu'il en soit, l'existence préalable d'un impétigo confluent peut faire méconnaître une éruption de varicelle à sa phase initiale. Lorsque des croûtes impétigineuses recouvrent une notable partie de la face, il n'est pas facile d'apercevoir les élevures varicelliques, qui surgissent au voisinage des sourcils, et de distinguer les deux éruptions l'une de l'autre. Les boutons de varicelle naissent sur les portions du tégument, que l'impétigo n'occupe pas, et leur évolution peut se faire régulièrement. Mais, plus souvent, en pareille circonstance, ils se transforment en pustules, auxquelles se substituent, plus tard, des croûtes plus épaisses que celles qui se rattachent à la varicelle normale et il est alors très facile et très excusable de commettre une erreur de diagnostic, car si dans certains cas, l'on constate dans le cours d'une affection impétigineuse, un état pyrétique et d'autres phénomènes généraux, qui peuvent faire penser au début d'une fièvre éruptive, ces perturbations prodromiques ne sont pas toujours nettement accentuées dans la varicelle, elles sont même souvent si légères, qu'elles peuvent très facilement passer inaperçues chez un enfant, dont le visage est en partie masqué par des croûtes impétigineuses.

« D'ailleurs, l'impétigo lui-même peut, abstraction faite de toute manifestation varicellique, s'accompagner passagèrement d'élévation thermométrique, ce qui est une difficulté de plus pour le médecin appelé à se prononcer sur la signification d'une éruption complexe.

« Il faut se rappeler que la varicelle est caractérisée par des petites papules isolées les unes des autres, qui deviennent très vite des vésicules ou de petites bulles, puis qui se flétrissent très rapidement aussi, sans que leur contenu soit devenu purulent, et laissent à leur place des croûtes en général très minces, unies à leur surface, à bords circulaires nettement découpés, de teinte sombre et très adhérentes aux couches sous-jacentes, tandis que, dans l'impétigo, l'éruption est constituée par des boutons le plus souvent disposés en groupes, qui suppurent franchement, et dont le contenu s'écoule au dehors, sous forme d'un liquide épais, grisâtre, souvent très abondant, ou se concrète pour se transformer en croûtes épaisses, raboteuses, mollasses, qu'on fait tomber assez facilement, et qui recouvrent parfois des portions du tégument de plusieurs centimètres d'étendue, ou même atteignent les proportions d'une véritable cuirasse, correspondant à la totalité, ou à la presque totalité, du cuir chevelu, ou de la face.

« L'impetigo est d'habitude apyrétique ; s'il est fébrile, c'est presque toujours parce qu'il est très intense, et l'élévation thermométrique qui l'accompagne n'a rien de régulier, ni comme durée, ni comme marche. La varicelle est une affection ordinairement fébrile, au moins à la période d'invasion et au commencement de celle d'éruption. Mais, la fièvre qui lui appartient n'a qu'une courte existence, une importance médiocre ; elle est fréquemment si insignifiante qu'elle échappe à l'observateur.

« Entre la varicelle et l'impétigo, il y a certainement des dissemblances, mais, il y a aussi des analogies, et il peut être fort difficile à un médecin de se prononcer, à moins de suivre, en quelque sorte, la maladie heure par heure, ce qui ne se réalise presque jamais dans la pratique. Cette difficulté d'appréciation impose au clinicien certaines règles de conduite qu'il est utile de formuler. Lorsqu'on se trouve en face d'une éruption croûteuse, dont la nature semble mal définie, il faut se conduire comme si l'incertitude n'existait pas. En présence d'une varicelle problématique, on se comportera comme si la réalité de la varicelle était démontrée. On prescrira l'isolement du malade et, pour obtenir cet isolement, on ne craindra pas de faire un diagnostic précis et catégorique, tout en conservant des doutes dont on ne parlera pas. Cette manière de se comporter est sans inconvénient, d'autant plus qu'il est admis aujourd'hui que l'impétigo est souvent, sinon toujours, contagieux et contagieux surtout par inoculation.

« Isoler un enfant, chez lequel on hésite entre l'impétigo et la varicelle pour expliquer la formation de croûtes confluentes, est une mesure qui ne peut *lui être nuisible ; et recommander*, relativement aux sorties et à l'alimentation, des précautions, qui, nécessaires dans la varicelle, sont utiles, quoique beaucoup moins indispensables dans l'impétigo, c'est un luxe de prudence dont les effets seront fréquemment salutaires et ne seront jamais préjudiciables. »

Il est assez difficile de dire, si l'impétigo prédispose à la varicelle. Cependant, on sait que la vaccine est une porte d'entrée pour l'impétigo ; peut-être, qu'il en est de même pour la varicelle, bien que, probablement à un degré beaucoup plus faible, parce que les lésions tégumentaires sont moins profondes dans la varicelle que dans la vaccine, et moins propres dans le premier cas que dans le second, à produire une inflammation suppurative.

« Mais si le principe pathogène, auquel se rattache l'impétigo, trouve un terrain mieux préparé pour son développement, chez les enfants vaccinés, que chez ceux qui ont une éruption varicellique, il n'en est pas moins vraisemblable que l'irritation de la peau, qui résulte d'une varicelle, suffit, en plusieurs circonstances, pour faire naître des poussées d'impétigo, chez des enfants plus ou moins éprouvés par une maladie vésiculeuse et bulleuse, rarement très grave, mais qu'il faut prendre au sérieux, car elle affaiblit l'organisme au moins temporairement, et dispose le malade au lymphatisme ou l'augmente et peut le conduire à la scrofule, si la tendance strumeuse existait déjà, avant que la fièvre éruptive se fût déclarée. »

On a beaucoup insisté, depuis quinze ou vingt ans, sur les complications de la varicelle qu'on regardait autrefois comme une maladie sans importance.

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas une néphrite varicellique ? Le fait n'est pas impossible.

La contagion est la principale complication pour les autres, mais non pour le malade qui n'a guère à craindre qu'un peu d'hyperémie des voies aériennes, pendant la période de déclin.

M. Descroizilles conseille, par prudence, de ne

pas laisser sortir les enfants atteints de varicelle pendant 15 à 20 jours en hiver, pendant 8 à 10 jours en été. Tout en ne maintenant pas l'enfant au lit, il ne lui faut pas laisser prendre la même nourriture, ni se promener librement dans tout l'appartement, comme s'il n'était pas malade.

« Ce n'est pas seulement la néphrite albumineuse qu'il faut redouter comme complication possible d'une varicelle : on peut craindre également, des accidents convulsifs, pendant la période d'éruption, ou même pendant celle d'invasion, la pleurésie, la pleuro-pneumonie, la péricardite, l'arthrite affectant plusieurs jointures à la fois, ou l'hydarthrose du genou, la gangrène de parties limitées de la peau sur lesquelles les vésicules se sont developpées en grand nombre. Sans doute, toutes ces complications sont exceptionnelles, comme la néphrite elle-même, mais on les a rencontrées. même chez des sujets bien constitués et vivant dans de bonnes conditions.

« Il y a donc d'excellentes raisons pour être prudent vis-à-vis de la varicelle, relativement aux mesures d'hygiène. qu'il est convenable de prescrire, et il ne faut pas oublier qu'elle fait naître, chez les enfants, une grande susceptibilité des bronches. On ne les laissera donc pas sortir trop vite, à la fin de l'hiver ou au printemps, car, des sorties trop hâtives peuvent engendrer des affections fort sérieuses des organes respiratoires.

« Quant à l'impétigo, il y a lieu de le considérer, tantôt comme un accompagnement presque nécessaire de la varicelle, chez des enfants que leur tempérament prédispose aux affections croûteuses, tantôt comme une véritable complication qui a son importance, car elle éloigne le moment où l'on peut regarder un jeune malade comme guéri et pouvant s'aérer sans danger. D'un autre côté la coïncidence de l'impétigo et de la varicelle rend le diagnostic difficile, elle peut faire méconnaître la fièvre éruptive, faire négliger l'isolement et les autres mesures d'hygiène, qu'on eût ordonnées si le diagnostic avait été bien posé, et être cause ainsi du développement et de l'extension d'une épidémie.

«Au contraire, si cette association est reconnue, on saura que l'enfant doit être entouré de plus de soins et de ménagements que s'il n'était affecté que d'une varicelle, car il est probable que cette maladie le laissera plus délicat que dans le passé et plus enclin au lymphatisme ou à la scrofule, dont le lymphatisme n'est, pour ainsi dire, que le premier échelon. Il faut, en somme, que le médecin soit prévenu de la fréquence relative de cette association, de son importance et de ses conséquences possibles (1).

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire dans ce journal, le traitement le plus sûr de l'impétigo, même consécutif ou concomitant de la varicelle, est la lotion permanente ou les bains locaux d'*Eau d'Alibour* modifiée dans le sens indiqué par le Dr Sabouraud. Lorsque les croûtes sont très épaisses, on les ramollit par des cataplasmes de fécule de pomme de terre arrosés d'eau boriquée tiède, puis on leur substitue des compresses bien imbibées d'eau d'Alibour recouvertes de taffetas gommé et renouvelées toutes les 3 heures.

(1) *France médicale*, 1898.

Nous reproduisons ici, pour mémoire, la formule de l'Eau d'Alibour modifiée :

Eau distillée	600 gr.
Camphre à saturation	q. s.
Sulfate de zinc	7 gr.
Sulfate de cuivre	2 gr.
Safran choisi	0 gr. 40

laisser digérer 48 heures et filtrer.

A l'intérieur, on instituera concurremment un traitement dépuratif non excitant, comme les purgatifs doux, l'huile de ricin, la magnésie et l'huile de foie de morue, le vin et le sirop iodotannique, les préparations de feuilles de noyer, les phosphates alcalins, etc.

Dr Paul Huguenin.

CLIMATOLOGIE

Le climat d'Algérie et la phtisie pulmonaire.

Pendant que le grésil fouette vos vitres, chers confrères, que la neige tombe à gros flocons, qu'il gèle chez vous à pierre fendre, ici, nous nous promenons au soleil, au milieu de la verdure et des fleurs.

Que d'existences sauvées, que de vies prolongées, si ceux que menace la tuberculose n'hésitaient pas à venir passer leur hiver en Afrique.

Pendant les chaleurs, on court vite soigner sa goutte, ses rhumatismes, son foie, sa vessie, etc.

Voilà l'hiver, il faut se calfeutrer au coin de sa cheminée, quand. en 48 heures, on peut arriver de Paris à Alger, du pays des brouillards au pays des splendeurs d'un printemps perpétuel.

Oui, chers confrères, n'hésitez pas à envoyer vos phtisiques en Algérie, vous obtiendrez un arrêt dans la marche de la maladie, et souvent des guérisons.

Adresser un malade trop gravement atteint, sous un climat trop excitant, c'est souvent abréger ses jours.

Ceux qui peuvent affronter notre cure d'air avec grande chance de guérison, sont les prédisposés et les malades, dont les lésions sont peu étendues.

Je ne veux pas dire, pour cela, qu'il ne faut pas essayer de tenter la Providence ; je recommande seulement beaucoup de prudence, et d'éviter, autant que possible, un long voyage inutile.

J'ai passé un an à Sanary, proche de Toulon, j'ai habité l'Egypte ; le climat des environs d'Alger est supérieur à tous les autres, pour la guérison des maladies de poitrine.

Nous avons, dans notre belle colonie, toutes les altitudes et toutes les températures, depuis les neiges du Djiurdjura, jusqu'au soleil tropical de Biskra. Mustapha supérieur et tous les autres environs d'Alger, de la pointe pescade jusqu'à Maison-Carrée offrent tout ce qu'il est possible de désirer au point du vue du confortable et de l'hygiène.

Ici, le printemps commence en octobre et dure jusqu'en mai. Voici la température moyenne : novembre 17°2, décembre 13°1, janvier 15°, février 14°3, mars 15°8, avril 17°5. Comme vous le voyez, pas de grands écarts du thermomètre.

Il n'y a pas, non plus de vents violents ; le

mistral est inconnu et le siroco ne souffle qu'en été ; pas de poussières, donc préservation absolue des agressions inflammatoires.

L'air d'Alger même, est excitant, humide, poussiéreux ; celui de Mustapha-Supérieur et des environs, remplit parfaitement les conditions nécessaires pour la restauration de l'état constitutionnel.

Partout, des fleurs, toujours du soleil ; l'air du bord de la mer ou des montagnes est toujours pur.

La supériorité du climat algérien dans les maladies de poitrine n'est plus à prouver, elle a été jugée par les médecins les plus sérieux.

Le service de santé militaire, dans son rapport au ministre de la Guerre (Dr Bernard, 1896), prouve qu'il n'y a en Algérie, parmi les militaires, que 3 tuberculeux sur 1.000 hommes, alors que les garnisons de France en fournissent 11 et plus.

D'après cette proportion, les jeunes gens envoyés en Algérie ne donnent pas 100 cas de tuberculose, quand ils en donneraient en France plus de 650.

Voilà une preuve indiscutable du bienfait naturel du climat algérien.

Dr Frichet.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin et le projet Peytral d'impôt sur le revenu.

On pourrait croire qu'il est prématuré d'agiter cette question. Mais nous trouvons prudent, comme notre correspondant, d'enlever l'excuse de la surprise et du fait accompli, à ceux de nos confrères du Parlement, qui ont souci de nous défendre. Et nous laissons la parole à M. le Dr Good.

Mon cher Directeur,

Je vous adresse ces quelques lignes, espérant que vous voudrez bien leur accorder la publicité de votre journal, espérant aussi que d'autres représentants de la presse médicale voudront bien s'en inspirer pour entreprendre une campagne qui s'impose. Il s'agit du projet d'impôt basé sur les signes extérieurs de la richesse, présenté par M. Peytral. Ce projet, en effet, risque de léser gravement les intérêts du corps médical.

Le revenu de chaque contribuable est basé sur la valeur locative de son habitation :

1° Or le médecin, pour l'exercice de sa profession est toujours forcé d'avoir un loyer relativement élevé. Il lui faut, tout au moins, un cabinet et un salon d'attente en sus des pièces nécessaires à son logement et à celui de sa famille. Il sera donc, de par la base même de l'impôt, plus sérieusement atteint que le rentier, qui n'a pas besoin de pièces spéciales pour l'exercice de sa profession. En cas d'habitation multiple, l'impôt sera aggravé, de sorte que le médecin d'Eaux, qui paye déjà double patente toute l'année, sera tout particulièrement imposé, au même titre que le châtelain qui, outre sa maison de campagne, possède un hôtel à Paris.

2° Ce revenu, basé sur les habitations, sera encore majoré d'une somme calculée suivant le nombre et le sexe des domestiques.

Cette autre majoration pèsera lourdement sur le corps médical. Si le nombre des domestiques chez un commerçant ou chez un rentier peut être en rapport avec sa situation de fortune, chez le médecin, au contraire, ces domestiques sont nécessaires à l'exercice de sa profession. Tandis qu'une famille dans une situation moyenne, peut se contenter d'une bonne à tout faire, chez le médecin, la nécessité de répondre à tout appel de la sonnette exige souvent la présence de deux servantes. Or la première est censée correspondre à un revenu de 800 à 400 francs et pour la 2e ce chiffre doublé s'ajoutera au premier. — Pour le domestique homme, c'est encore pire. Le médecin de campagne, qui ne peut recourir pour ses courses à l'entremise du loueur, doit posséder chevaux et voitures et par conséquent doit employer un domestique ; il verra l'estimation de son revenu s'élever, de ce fait, de 2.400 à 1.200 fr., suivant les localités.

3° Passons maintenant aux moyens de transport : une automobile sera censé représenter un reveau de 3000 fr., une voiture à 4 roues de 2.000 à 400 fr., une voiture à 2 roues de 1000 à 200 fr. et chaque cheval de 2.000 à 400 fr.

Prenons comme exemple un médecin habitant une localité de 5.200 âmes, demeurant dans une modeste maison d'une valeur locative de 600 fr. seulement.

Cette valeur sera majorée :

Une femme de chambre ou bonne d'enfant	500 fr.
Une cuisinière	1.000 fr.
Un domestique homme	1.500 fr.
Une voiture à 4 roues pour l'hiver	600 fr.
Une voiture à 2 roues pour l'été et certains chemins	300 fr.
Deux chevaux	1.200 fr.

Ce médecin, par le fait seul des nécessités de sa profession, avec un loyer de 600 fr., se verra taxé pour un revenu de 5.700 fr., taxe destinée uniquement à remplacer la cote personnelle mobilière et l'impôt des portes et fenêtres, tous les autres impôts demeurant intacts. S'il n'a que peu d'enfants et si sa femme est vaillante, il pourra faire l'économie d'une servante, soit un revenu de 4.700 fr. imposable. Et notez, je vous prie, qu'il ne s'agit que de la part revenant à l'Etat dans les 2 fr. 20 % proposés comme taux de l'impôt ; les départements et les communes, avec leurs centimes additionnels, se chargeront de tripler ou de quintupler ce chiffre. Pendant ce temps, un bon bourgeois jouissant de 15.000 fr. de rentes, n'ayant d'autres frais que de passer chez le percepteur signer sa quittance pourra se dispenser du domestique, des chevaux, des voitures, et paiera infiniment moins d'impôt.

Je le reconnais volontiers, le projet porte que les locaux servant à l'exercice d'une profession *n'entrent* pas dans l'estimation de la valeur locative et que la taxe des chevaux et voitures est réduite des 3/4 s'ils servent à l'exercice d'une profession ; on ne parle pas des domestiques.

Mais, *je me méfie*, et je voudrais voir ajouter ces deux mots à la suite de profession (*même libérale*). Nous avons, en effet, trop longtemps subi cette iniquité d'avoir nos chevaux et nos voitures taxés comme chevaux et voitures de luxe (amère ironie), alors surtout que l'Etat, qui demande 0 fr. 50 du kilomètre pour faire porter une dépêche par un gamin, nous faisait employer à son service ces mêmes chevaux et voitures à un tarif de quatre centimes du kilomètre, ainsi qu'il ressort d'un tableau que j'ai jadis publié.

Aussi, comme au temps du projet Burdeau, je m'écrie : Caveant consules ! Que la presse médicale prenne la chose en main et s'il lui faut pour cela, écourter quelque compte rendu d'un mémoire sur la syringo-myélie, nous ne lui en tiendrons pas rigueur. Qu'elle cherche surtout à intéresser à notre cause la presse politique, sa grande sœur, qui jouit de nos jours d'une si formidable puissance ; que nos diverses Associations s'émeuvent et adressent des représentations autorisées aux pouvoirs publics. Je voudrais pouvoir ajouter : que le Comité des Médecins membres du Parlement donne enfin signe de vie, mais je n'ose. Depuis trop long-

temps, je suis habitué à voir nos intérêts les plus primordiaux sacrifiés, par nos anciens confrères, à de soi-disant nécessités politiques. Ils n'ont jamais cherché à faire aboutir, dans le sens réclamé par nous tous, la loi sur l'exercice de la pharmacie, ils ont laissé passer sans mot dire, cette ignominie de la loi d'Assurance, qui nous oppose, vis-à-vis des riches patrons et des richissimes Compagnies, le tarif de la Médecine gratuite (la bien nommée, pour le médecin s'entend.)

Mais surtout, au lieu de nous fier à tel journal ou à telle Association, prenons donc enfin le parti de ne compter que sur nous-mêmes, médecins, mes chers confrères; faisons maintenant, avec moins de chances de succès peut-être, ce que j'avais demandé et ce qui aurait réussi avant les élections. Que tous les confrères d'un même arrondissement se réunissent et qu'ils fassent parvenir à leur député la lettre suivante.

« Monsieur le Député,

« Les Médecins soussignés de l'Arrondissement « de X ont l'honneur de vous exposer que le projet « d'impôt de Monsieur le ministre Peytral, s'il « était voté tel qu'il est présenté au Parlement, « augmenterait leurs charges fiscales dans des « proportions exceptionnelles. Les chevaux, voi- « tures, domestiques hommes et femmes, qui peu- « vent être souvent des signes extérieurs de la ri- « chesse, sont pour eux des nécessités profession- « nelles, et ils espèrent que vous voudrez bien pro- « poser, ou faire voter, un amendement qui ferait « une exception en leur faveur, surtout au moment « où, par suite de l'application intégrale de la loi « sur l'Assistance publique, l'Etat a dû faire à leur « concours un appel qui constitue, pour la plupart « d'entre eux, une lourde charge, etc.

Je crois pouvoir vous garantir, mes chers Confrères, que si vous faites cela vous aurez gain de cause. La crainte de l'électeur est pour beaucoup d'élus le commencement de la sagesse, et vous savez, aussi bien que moi, que, sans avoir l'importance politique du mastroquet, le médecin, le médecin de campagne surtout, est un de ceux dont on cherche à se concilier la faveur en temps d'élection.

Docteur P. Good,
Médecin de l'Etablissement thermal d'Enghien.

Les sociétés scolaires de secours mutuels

A la dernière réunion du Syndicat de la Vienne, dit le *Poitou médical*, quand il fut question de mutualité scolaire, plusieurs de nos confrères ont éprouvé quelque surprise en face de cette nouvelle charge imposée au corps médical.

C'est qu'en effet beaucoup d'entre nous ne soupçonnaient même pas l'existence des sociétés scolaires de secours mutuels, de création récente il est vrai, mais dont l'ingénieuse organisation, grâce à l'estampille ministérielle, entraînera sûrement pour les médecins sans défense, les plus graves préjudices.

Les membres présents à notre séance du 29 juin ont si bien compris l'urgence d'une protestation immédiate contre un tel empiètement mutualiste qu'ils ont pris la décision suivante :

1° Qu'aucun d'eux ne prêterait son concours aux sociétés scolaires ;

2° Qu'une commission composée de MM. Pouliot, Chretien, Jablonski, Brossard et Guiet, serait chargée de porter la question devant M. le Préfet de la Vienne.

Désigné alors par mes collègues de cette commission, pour compléter les documents que nous possédions déjà sur l'origine et le mode de fonctionnement des sociétés scolaires, il m'a été permis de recueillir à ce sujet des renseignements d'une source officielle indiscutable et qui ne manquent pas d'un certain intérêt.

La première société de ce genre a été fondée à Paris, en 1881, pour les écoles du dix-neuvième arrondissement ; elle compte aujourd'hui plus de 4000 enfants adhérents et 200.000 fr. d'économies réalisées. On la regarde comme la société mère. Elle s'efforça d'installer des succursales en dehors de Paris ; mais la province qui, on le sait, retarde toujours sensiblement sur la capitale, mit environ une quinzaine d'années à faire bon accueil à cette innovation.

Encore fallut-il tout l'influent patronage de nos sommités gouvernementales.

C'est ainsi qu'en 1895, M. Léon Bourgeois, ministre de l'intérieur, dans son rapport à M. le Président de la République sur les sociétés de secours mutuels, commence à se montrer plein d'enthousiasme.

« La mutualité scolaire, dit-il, prend les en- » fants à partir de l'âge de trois ans et leur de- » mande dix centimes par semaine, pour payer » une indemnité journalière pendant le temps » de la maladie de leurs enfants, et consti- » tuer, au profit de ces enfants les premiers élé- » ments d'un capital de retraite. Ils amassent de » la sorte une certaine somme, qui est inscrite sur » un livret, dont ils sont détenteurs et dont les » comptes figurent au grand livre de la caisse des » retraites pour la vieillesse. Mon département, » d'accord avec celui de l'instruction publique, » s'est préoccupé de cette question si intéres- » sante. *Une mission a été confiée conjointement à* » *MM. J. C. Cavé, l'initiateur de ce genre de mutua-* » *lité et Edouard Petit, professeur au lycée Janson* » *de Sailly, dans le but de provoquer la création de* » *Sociétés de secours mutuels scolaires, partout où* » *la possibilité en sera démontrée.* Ces deux délé- » gués ont parcouru un certain nombre de dé- » partements et y ont reçu un accueil très favo- » rable, qui permet d'en attendre à bref délai » les meilleurs résultats. »

La même année des vœux simultanés sont émis par le congrès de la ligue de l'enseignement de Bordeaux et par le congrès mutualiste de Saint-Etienne, demandant :

« 1° Que les sociétés scolaires soient établies » dans toutes les écoles ; 2° que l'administra- » tion prenne en considération les services ren- » dus par le corps enseignant à la mutualité » scolaire et en conséquence reconnaisse ces » services par les distinctions honorifiques ou » les rémunérations supplémentaires, dont elle » dispose. »

En 1887, M. Barthou, ministre de l'intérieur, dans son discours du 27 mai, s'exprime ainsi :

« J'estime que l'avenir de la mutualité, je dis » plus que l'avenir, la solidarité dans notre pays » réside dans le développement de la mutualité » scolaire... pour suivre l'exemple de la société » scolaire du dix-neuvième arrondissement, le » gouvernement de la République compte sur » le concours auquel il est habitué, des institu- » teurs, dans le pays tout entier... *La cause est* » *bonne, je la ferai triompher.* »

Il est vrai que presque en même temps M. Barthou, dans sa fameuse circulaire, demeurée hélas lettre morte, s'engageait également à faire triompher la cause des médecins contre les mutualistes.

A la Sorbonne, lors de la distribution des prix

du Concours général (30 juillet 1897), ce sont les sociétés scolaires qui font tous les frais de la joûte oratoire entre M. Edouard Petit, secrétaire de la ligue de l'enseignement et M. Alfred Rambaud, ministre de l'instruction publique. M. Petit proclame les bienfaits « de cette mutualité » scolaire que déjà l'on nous emprunte au dehors et qui fera son tour d'Europe après avoir » fait son tour de France... Certes elles font leur » part à l'économie et à l'épargne *! les petites* » *Cavé !* pour les saluer de l'appellation familière dont on les désigne entre enfants, par un » delicat hommage rendu à leur fondateur... » grâce à un ensemble d'œuvres qui se tiennent, » se lient et s'harmonisent, il y aura bientôt » pénetration entre tous les jeunes et les aînés, » les riches et les pauvres, les savants et les ignorants, etc., etc.. »

— Et M. Rambaud de répondre :

« Les œuvres de mutualité scolaire se comptent par milliers et enrôlent des myriades de » jeunes Français ; ces milliers d'œuvres nous » apparaissent maintenant comme autant de » cellules organiques qui tendent à constituer » un puissant organisme, comme ces coraux du » Pacifique, qui d'un travail incessant et obscur construisent des continents... »

J'abrège ces citations qui nous feraient presque regretter l'époque où les distributions des prix exigeaient des discours en latin.

— Relatons encore au congrès de Reims, en 1897, la communication de M. Cavé, qui développe très longuement les nombreux avantages accordés aux sociétés scolaires par la nouvelle loi sur la mutualité ; entre autres le paragraphe 2 de l'article 3, édictant que les mineurs pourront, sans l'intervention de leur représentant légal, et les femmes sans l'intervention de leur mari, faire partie de ces associations... Ainsi que l'article 8, aux termes duquel les sociétés de secours mutuels peuvent établir entre elles des Unions, *notamment pour la création de pharmacies...*

Passons maintenant aux rapports officiels adressés depuis deux ans par M. Edouard Petit aux ministres de l'instruction publique.

Dans le rapport de 1897, on lit :

« La mutualité scolaire étend ses ramifications » à Laon, la Rochelle, Guéret, Bordeaux, Mont-» de-Marsan, Saint-Etienne, Reims, Pau, Lyon, » Marseille, Epinal, Saint-Nazaire, *où la société* » *a pour objet de donner gratuitement aux élèves* » *participants les médicaments et les secours du* » *médecin.* L'on réussira surtout, si le groupe-» ment, malaisé à amener dans les campagnes, » se fait au canton, à l'arrondissement... en outre » le mouvement sera plus rapide, si les petits » mutualistes peuvent entrer plus jeunes dans » les sociétés de secours mutuels, si l'on abais-» se en leur faveur la limite d'âge, ce qui serait » simplement justice, car ils ont déjà fait leur « preuve, donné des gages. La marche en avant » sera enfin facilitée et deviendra plus prompte, » si les tenants de la mutualité déjà au nombre » de 1,500.000 en France, aident et protègent ces » associations d'enfants qui sont comme la pré-» face de leur œuvre. *C'est chez elles que se recru-* » *tera un jour leur clientèle.* »

Enfin le rapport qui figure au *Journal officiel*, du 27 juillet 1898 nous renseigne exactement sur la prospérité actuelle des sociétés scolaires. « Elles » sont aujourd'hui au nombre de 400 dans 70 dé-» partements (contre 110 en 1897). Ces 400 petites » Cavé ont inscrit sur leurs registres le 200.000e » adhérent. De plus, 150 sont en voie de forma-» tion dans l'Ardèche, le Finistère, les Landes, » *la Vienne*, les Vosges, l'Algérie, etc... Cer-» taines sociétés d'adultes acceptent même de » prendre les jeunes sociétés scolaires *en subsis-* » *tance.* Nombre d'autres sociétés d'adultes ont dé-» jà abaissé l'âge d'entrée dans leurs rangs, pour » favoriser l'œuvre nouvelle, dont elles ont tout » à attendre pour leur recrutement. »

Voilà donc un éclatant triomphe, l'enrôlement se généralise. Bientôt, comme l'arbre de la liberté chanté par nos pères, la bannière des mutualistes « abritera les citoyens du berceau jusqu'à la tombe. »

Certes, la propagande paraît avoir été irrésistible et les brillants résultats énumérés plus haut sembleraient dus uniquement aux personnalités influentes, dont nous avons constaté l'intervention.

Eh bien, en réalité, c'est surtout grâce aux médecins que cet immense progrès de la mutualité a pu s'accomplir.

Que se passe-t-il en effet lorsqu'il s'agit de fonder une société scolaire ?

Les Inspecteurs primaires (1), friands des récompenses promises aux zélateurs de l'œuvre, envoient les plus pressantes instructions à leurs instituteurs. Ces derniers, que, du reste, on a eu le soin d'intéresser pécuniairement dans l'affaire (2), se mettent vite en campagne et font feu des quatre pieds.

Malheureusement la phraséologie pédagogique, si entraînante aux congrès et aux conférences, reste la plupart du temps sans le moindre écho chez nos populations rurales.

On a beau faire valoir qu'à partir de leur 3e année les enfants bénéficieront du triple avantage :

1° D'un livret de retraite pour leur vieillesse ;

2° De l'indemnité-maladie de 0,25 centimes ;

3° De la participation de la Société à leurs frais funéraires.

Le premier de ces avantages est en général trouvé un peu prématuré ;

Le second paraît insuffisant ;

Quant au troisième, il fait pleurer toute la famille (3).

Bref l'enthousiasme répond très rarement à l'exposé, même le plus habile, de la triade intangible qui constitue la clef de voûte de l'édifice Cavé.

Mais les propagateurs ont en réserve un argument qui défie toute objection.

Ils disent aux parents :

Vous n'aurez plus à payer pour vos enfants ni médecin, ni pharmacien.

Oh ! alors ! la cause est entendue, les adhé-

(1) M. Charrier, inspecteur primaire à Loudun, vient de recevoir une médaille pour son zèle à favoriser le développement de la mutualité scolaire.

(2) On lit dans les instructions adressées aux instituteurs à ce sujet : « Lorsque (ce qui sera fréquent pour » les campagnes) les émoluments de l'instituteur l'o-» bligeront à préférer une juste allocation, la prospé-» rité de la Société ne souffrira aucunement d'un pré-» lèvement de 4 à 5 % effectué à titre d'indemnité de » ses peines et soins. »

(3) Les instructions recommandent bien du reste aux instituteurs de ne pas insister sur ce dernier article.

sions abondent de tous côtés.— La société scolaire possède une succursale de plus.

Admettons qu'on ait exploité la situation fréquente où les médecins subissent les abus de la mutualité : soit par ennui de froisser les autorités locales, soit pour ne pas compromettre des intérêts électoraux, soit enfin parce qu'il faut vivre...

La plupart du temps, je le répète, c'est la complaisance tacite et la torpidité des médecins qui permettent aux innovations mutualistes de naître et de prospérer.

Nous ne sommes pas des intransigeants au Syndicat médical de la Vienne. Les sociétés du département n'ignorent pas qu'il est même de tradition, chez nous autres, de tirer souvent pour elles les marrons du feu.

Mais, si notre concours est acquis à la mutualité raisonnable, le devoir et la dignité nous imposent de résister toujours aux affolements de la pseudo-philanthropie.

Dr Guiet.

*
* *

Nous sommes heureux d'apprendre à nos confrères, qui viennent de lire l'intéressant rapport du docteur Guiet sur les Sociétés scolaires, que la Commission nommée à ce sujet par le Syndicat médical de la Vienne a eu gain de cause.

Il a suffi, en effet, de prévenir officiellement les familles des enfants adhérents, que les médecins syndiqués de la Vienne refusaient de connaître ce genre de Sociétés, pour amener immédiatement la cessation de paiement des cotisations.

Nous engageons donc nos confrères de la région à prendre la même attitude que nous, pour couper court à l'organisation de ces Sociétés scolaires, qui ne peuvent vivre qu'au détriment du Corps médical.

La Rédaction.

Nous avions signalé à ses débuts le mouvement mutualiste dont on vient de voir les progrès.

Le *Concours médical* s'associe pleinement à la campagne de vigoureuse résistance dont nos confrères de la Vienne ont pris si brillamment l'initiative. Leurs conclusions sont les nôtres, et comme eux nous réclamons l'action immédiate dans le sens qu'ils indiquent.

Un tribunal qui accorde des honoraires à un pharmacien.

Nous empruntons au *Bulletin de pharmacie du Sud-Est* l'article suivant qui ne manque pas de saveur.

Avec juste raison, le rédacteur s'étonne que pareil jugement ait pu être obtenu par un pharmacien, sans que la presse médicale de Montpellier et le Syndicat de l'Hérault, se soient émus. Pourquoi les charlatans qui déshonorent la pharmacie se gêneraient-ils désormais avec nous, quand nous mettons tant de zèle et de vigilance à faire respecter nos droits ?

Mais le Syndicat a t-il été prévenu en temps utile par les confrères intéressés ? Là est peut-être son excuse.

Le 3 juillet 1897, la *Médecine Moderne*, sous la signature de Louis Vidal, avocat et docteur en médecine, exposait une affaire curieuse qui s'était terminée quelques jours auparavant.

Les renseignements ci-dessous, empruntés soit à l'article de M. Vidal, soit aux indications fournies par quelques confrères, exposeront cette affaire.

Le 19 mai 1895, dans la ville de B..., un accident arrive à la dame R... M. Ch..., pharmacien, reçoit la malade, et, non content, de lui donner des soins d'urgence, pousse le dévouement pour cette inconnue jusqu'à la garder chez lui. Le lendemain de l'accident, M. Vidal qui se trouve par hasard à B..., voit la malade, constate que son état n'est pas grave et prescrit le traitement approprié. Cinq ou six jours après, la malade retourne chez elle. Le pharmacien Ch... présente son compte, que la malade refuse de payer intégralement, et le différend est soumis au juge de paix du domicile des époux R...

Le pharmacien soutient devant ce magistrat qu'il a droit à 200 francs, dont 150 fr. pour soins *médicaux pharmaceutiques* et 50 fr. pour frais d'hôtellerie. Il insiste sur le rôle qu'il s'est attribué comme *médecin* pendant les six ou sept jours de traitement continu (général et spécial) infligé à la blessée ; il cherche à établir que c'est au double titre de *médecin* et de *pharmacien* (il n'a que le diplôme de pharmacien), qu'il a droit à des honoraires ; il affirme qu'il a introduit dans les *cataplasmes de sa composition* des matières dont *seul* il connaît le prix, attendu, ajoute-t-il, que c'étaient des *remèdes secrets* sur la valeur desquels aucun médecin, ni personne autre, d'ailleurs, ne sauraient se prononcer. Le juge de paix accorde les 200 francs demandés, sur la seule affirmation qu'ils sont dus.

Le 9 juin 1897, appel devant le tribunal de B.... qui se prononce de la manière suivante :

« Attendu que l'appel interjeté par les époux R.... contre le jugement de M. le juge de paix de C.... en date du 4 février 1896, les condamnant à payer au sieur Ch..., la somme de 200 fr. pour *soins, honoraires* et fournitures de médicaments, est régulier en la forme :

» Au fond,

» Attendu que les documents et les faits de la cause établissent *surabondamment* que la demande de Ch... *n'est pas exagérée*, et que c'est à bon droit que le juge de paix a fixé le chiffre par lui réclamé à la somme de 200 fr. ; que par suite l'appel *n'est pas justifié* et qu'il y a lieu de le rejeter avec dépens ;

» Par ces motifs, et adoptant au surplus ceux du premier juge, le tribunal condamne les époux R..., à payer au sieur Ch..., la somme de 200 fr. pour soins, médicaments et *honoraires*, les condamne, en outre, aux dépens. »

Contrairement à quelques-uns de ses confrères qui auraient été heureux de prendre texte de ce jugement pour taper sur tous les pharmaciens, pour dire qu'ils font tous de la médecine, M. Vidal s'est contenté d'exposer cette affaire et n'en a tiré aucune conclusion, même contre Ch... Son opinion sur ce monsieur se devine néanmoins dans les mots suivant : « M. Vidal n'aurait pas voulu accepter le rôle d'expert donné par le juge de paix, auquel il venait de donner son avis sur la maladie, la tâche lui semblant délicate, répugnante presque. »

Quelque délicate, quelque répugnante qu'elle soit, la tâche de dire ce qu'on pense de cette affaire, ne saurait rebuter un pharmacien : le sieur Ch... est peu délicat..., peu intéressant, mais cela ne suffit pas pour qu'on ne s'occupe pas ici de son procès.

Les copies des jugements n'indiquent pas les arguments du défenseur de la victime ; les journaux médicaux de l'H.., n'ont pas mentionné, que je sache, le moindre acte du Syndicat médical de ce département ; le parquet ne s'est pas préoccupé des agissements de Ch.. Le pharmacien donne des soins urgents, et il a droit au paiement de ses médicaments ; le garde-malade et l'hôtelier ont également droit au paiement des soins et des fournitures ; mais que dire de ces tribunaux qui accordent des honoraires médicaux à quelqu'un qui n'est pas médecin, qui trouvent que Ch... n'exagère pas ses demandes et que tout prouve surabondamment que cet excellent monsieur ne mérite pas d'être discuté ? Le Syn-

dicat des médecins de l'H.. ne bronche pas ; il ne fait rien contre ce pharmacien qui, malgré la prescription du médecin, donne des remèdes de sa composition ! Le substitut qui a conclu dans l'affaire trouve naturel qu'on vende des remèdes secrets, qu'on fasse de la médecine illégale. L'avocat des époux R... ne s'empare pas des déclarations de Ch... pour affirmer que son client n'a pas été soigné selon les règles fixées par le médecin et faire réduire la note d'apothicaire ! Tout cela est étrange vraiment, et on se demande dans quelles conditions cette affaire a été jugée.

Quant au sieur Ch..., il doit se frotter les mains. A ses fonctions de pharmacien, ajouter celles de médecin, de garde-malade et d'aubergiste ; encaisser de l'argent de tous côtés, quelle veine ! Gageons qu'au premier accident, Ch... trouvera le moyen d'ajouter quelques trucs à ses innombrables professions, dût-il fournir au malade des vêtements nouveaux pour remplacer ceux qui auraient été salis, ou l'obliger à rester immobile pendant quarante-huit heures, pour exiger le paiement de ses vieux draps.

Les pharmaciens du genre de Ch..., ne comptent pas parmi ceux dont la profession est fière ; ils font partie de ces êtres exceptionnels que l'on rencontre partout et que l'on évite avec soin. Monter la tête à un malade, lui faire croire qu'il est en danger de mort, s'il quitte la maison où il est, le lit où on le porte, lui faire ingurgiter des fonds de bocaux, lui appliquer des cataplasmes d'autant meilleurs qu'ils sont plus inconnus, quel rôle pour un pharmacien !...

BULLETIN DES SYNDICATS

et des Sociétés locales.

L'Association et le Syndicat médical d'Indre-et-Loire à Loches

Il avait été convenu l'an dernier, à Chinon, que les deux Associations médicales du département se réuniraient en 1898 à Loches. Fidèles à l'engagement pris, les deux Sociétés s'étaient donc concertées pour tenir séance dans la jolie et pittoresque ville de Loches.

Vingt-quatre confrères, tant du Lochois que de Tours et même de Chinon, assistaient à la double séance ; quelques courageux sont même venus de Tours à Loches à bicyclette et ce n'étaient pas les moins gais

Etaient présents : Dr H. Thomas, président du Syndicat.

Dr Meunier, secrétaire général de l'Association.

Dr Lapeyre, secrétaire général du Syndicat.

Drs Chaumier, Menier, Boureau, Grasset, Guérard, Toffier, Barnsby, Mercier, André, Faucillon, Mourruau, Gaudeau, Cornet, Stecevicz, Gibotteau, Salutrynski, J. Thomas, Fourchault.

Les Drs Boutier, Delacou et Rous de Loches reçoivent leurs confrères avec un aimable empressement dont tous garderont le souvenir.

La réunion s'ouvre à l'hôpital à 4 h. 1/2 par la séance de l'Association.

Séance de l'Association

Le Dr Boutier, vice-président, occupe le fauteuil de la presidence à la place du Dr L. Thomas, empêché. Après une courte et aimable allocution du président, les candidatures de MM. les Drs Rous (de Loches), Barnsby et Mercier (de Tours), Maurice (de Richelieu), sont soumises au vote de l'Assemblée qui prononce l'admission à l'unanimité.

M. le secrétaire général prend alors la parole pour exposer les résultats de la séance d'avril de l'Association générale.

MM. les Drs Wolff et Archambault, délégués de l'Association locale, sont malheureusement absents, et le Dr Meunier regrette de ne pouvoir donner très exactement le compte rendu de la séance.

Le fait saillant de cette séance est que l'Association, qui avait à donner 18 nouvelles pensions et aurait dû en suivant l'ancien système déposer un capital de 400,000 francs, a décidé d'attribuer ces 18 pensions sur les revenus.

Du rapport de M. le secrétaire général, il résulte que l'Association, en présence de la situation nouvelle que va lui créer le vote de la loi sur les Sociétés de secours mutuels, ne prend ces mesures qu'à titre provisoire, et demande deux ans pour prendre, après mûr examen et sur l'avis des Sociétés locales, un parti définitif.

L'Association d'Indre-et-Loire devra donc se réunir en octobre pour émettre son opinion, et d'ici là les confrères sont priés d'adresser leurs propositions au bureau qui rapportera la question.

La question de l'Ordre des médecins a été maintenue à l'ordre du jour, et les Sociétés locales sont invitées à se prononcer définitivement.

M. le Dr Boureau fait remarquer qu'il a suivi la voie indiquée par le secrétaire et déposé des vœux, il y a quatre mois. Ces vœux, pour lesquels il avait promesse de discussion avant la séance générale d'avril dernier, n'ont pas été discutés.

Le Dr Boureau ajoute qu'il peut compléter les renseignements fournis par le Dr Meunier sur la séance de l'Association générale.

Le Dr Lereboullet a émis des propositions qui marquent une phase capitale dans l'histoire de l'Association :

1° Il a proposé de ne plus immobiliser le capital pour les pensions à servir ;

2° Il a proposé la fondation de caisses d'indemnité-maladie ;

3° La réforme de l'annuaire a été votée.

M. Boureau est heureux de constater que ces propositions faisaient justement l'objet des vœux qu'il a présentés.

Le Dr Stecevicz fait remarquer que s'il a amené un nouvel adhérent à l'Association, le Dr Maurice, c'est en raison du vent de réforme qui semble souffler.

Le Dr Boureau propose de faire adresser par l'Association des remerciements à M. le Dr Lereboullet pour l'esprit réformateur qu'il a montré.

Le vœu suivant est voté à l'unanimité :

L'Association des médecins d'Indre-et-Loire réunie à Loches en séance plénière le 19 juillet 1898, adresse à M. le Dr Lereboullet, secrétaire général de l'Association, des remerciements pour l'heureuse initiative dont il a fait preuve à l'Assemblée générale d'avril, en encourageant par

ses propositions et son rapport les desiderata des Sociétés locales.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du Syndicat.

Lecture est d'abord donnée par le secrétaire général du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Puis le Dr H. Thomas, président, met aux voix l'admission de quatre nouveaux membres : les docteurs Levêque (d'Azay-le-Rideau), Maurice (de Richelieu), Barnsby et Mercier (de Tours).

Ces confrères sont admis à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire adjoint en remplacement du Dr Thierry

Le Dr André est nommé secrétaire adjoint à l'unanimité.

La parole est ensuite donnée au Dr Stecevicz pour exposer le résultat malheureux du procès soutenu par lui contre l'enregistrement.

Les frais sont évalués à environ 300 francs.

Le Syndicat vote au Dr Stecevicz l'attribution d'une somme de 300 francs, qui sera employée jusqu'à concurrence des frais du procès.

Le Président remarque que ce procès malheureux a du moins le mérite de fixer la jurisprudence sur une question dangereuse.

Nos confrères dûment avertis ne devront plus faire de certificats que sur papier timbré.

Le Dr Boutier émet le vœu que le Syndicat fasse paraître un bulletin annuel donnant la liste de ses membres.

Cette motion très juste est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

(Gazette médicale du Centre.)

REPORTAGE MÉDICAL

Cidre et bacille typhique.— M. Bodin a publié, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, un travail relatant les expériences entreprises par lui dans le but de rechercher si le cidre peut transmettre la fièvre typhoïde, lorsqu'il est additionné d'eau contenant la bacille typhique.

D'après les essais de M. Bodin, le bacille de la fièvre typhoïde (bacille d'Eberth) est détruit dans le cidre au bout d'un temps variant de deux à dix-huit heures, et ce résultat est dû à l'acidité du cidre. Toutefois, la destruction n'a lieu que si l'acidité est assez prononcée (2 pour 1,000 en acide malique) ; au-dessous de ce chiffre, le bacille peut survivre plus longtemps ; mais il faut dire que les cidres contiennent rarement une acidité inférieure à 2 pour 1,000 en acide malique.

Le cidre ne peut donc contribuer à déterminer l'éclosion de la fièvre typhoïde que s'il s'est écoulé moins de dix-huit heures à partir du moment où l'eau contenant le bacille spécifique a été ajoutée au cidre.

La morphinomanie en Prusse. — Un docteur allemand vient de faire la statistique du nombre d'individus qui meurent en Prusse empoisonnés par la morphine. Il en a compté jusqu'à 135 cas dans une année, soit 80 hommes et 54 femmes. Parmi les hommes, il y avait 20 docteurs en médecine, 2 pharmaciens et 2 garde-malades qui moururent presque tous entre 30 et 40 ans. Chez les femmes on remarque des épouses de docteurs, des rentières, des sœurs de charité, et même une camériste qui mourut peu de temps après sa maîtresse.

La Sténographie usuelle. — En présence de l'utilité croissante de la sténographie, un cours usuel de cette science sera ouvert, en décembre prochain, à l'Association générale des Etudiants de Paris, par M. Laporte, docteur en médecine, sténographe du Syndicat des médecins de la Seine.

Signalons brièvement les avantages qu'il y a pour l'étudiant à acquérir des connaissances élémentaires dans l'art sténographique.

Sans parler du bénéfice ultérieur qu'il en peut retirer dans l'exercice de sa profession, l'étudiant a dans la sténographie un merveilleux instrument d'étude. Est-ce à dire qu'il doive s'efforcer de recueillir lui-même le mot à mot des leçons qu'il suit ? Nullement, car ceci demande une habileté qu'il n'a pas le temps d'acquérir et qui est le propre de la sténographie professionnelle. Mais, en appliquant judicieusement à ces travaux les principes les plus élémentaires de l'art abréviatif, chacun a le moyen d'obtenir, avec facilité et sans aucune fatigue matérielle ni intellectuelle, des notes de cours à la fois précises, nettes, et d'une lisibilité assurée, ce qu'il n'est guère possible de réaliser par le procédé ordinaire.

Si la pratique de la sténographie usuelle est encore peu répandue, c'est parce que les difficultés des méthodes enseignées jusqu'ici, et le temps considérable exigé pour les apprendre, rebutaient le plus grand nombre de ceux qui se fussent volontiers adonnés à cette étude.

Il n'en est pas de même pour le cours que nous annonçons et qui, grâce à la facilité de la méthode enseignée, procure en l'espace de trois mois les connaissances indispensables à l'étudiant, tout en constituant la plus rapide et la plus solide des préparations à une étude plus approfondie de l'art sténographique.

Messieurs les étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire au siège social de l'Association générale des étudiants de Paris, 41, rue des Ecoles.

Libération de MM. Boisleux et La Jarrige. — On annonce la libération de MM. Boisleux et La Jarrige. Tous deux, assez éprouvés par la maladie, sont rentrés aussitôt dans leur famille, en quittant l'un la prison d'Etampes, l'autre l'hôpital de Versailles.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4304. — M. le docteur Maurel, de la Bourboule (Puy-de-Dôme), présenté par M. le Directeur.

N° 4305.— M. le docteur Mabille, de Reims (Marne), présenté par M. le docteur Jeanne, de Meulan (Seine-et-Oise).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 47 19 NOVEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Conflits et circulaires médico-mutualistes.

Nous avons eu, jadis, une circulaire Dupuy sur nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels : les conflits ont continué. L'an dernier, M. Barthou se laissa arracher quelques lignes, dictées par un esprit différent, et les médecins qui attendent tout de l'Etat-Providence, (il y en a encore !). se bercèrent de l'espoir que la Mutualité allait, par ordre, cesser d'abuser de nous, parce que, grâce à notre sagesse, nous avions conquis l'*Administration* !

Illusion ! chimère ! — Le Congrès mutualiste de Reims vint nous apprendre dernièrement que le langage de M. Barthou ne valait pas qu'on s'y arrêtât un seul instant.

Puis, voici qu'aujourd'hui une circulaire Vallé (à quand la recirculaire Dupuy ?) vient dénier aux Syndicats médicaux le *droit d'imposer aux sociétés la radiation des membres participants aisés, sous peine de se voir refuser le tarif consenti*. Il est évident que, si à cette prétention irréalisable, la Société médicale de Nîmes a joint celle de *faire présenter à son approbation les statuts des mutuelles de la ville*, elle a fortement daubé sur les plates-bandes de la loi et de l'Administration. Aussi les bonnes grâces administratives sont perdues pour les Syndicats médicaux, et l'ancien Sous-Secrétaire d'Etat, qui est un peu de Reims, nous le laisse clairement entendre, au moins entre les lignes.

Le *Temps* rapporte ainsi l'incident :

« La Société des médecins de Nîmes avait récemment adressé aux sociétés de secours mutuels de cette ville, une circulaire pour réclamer notamment qu'aucune personne aisée ne fît partie des sociétés de secours mutuels à titre de membre participant et revendiquer, pour le médecin traitant, le droit de rester juge de la position de fortune du sociétaire et, pour le bureau du syndicat médical, la mission de requérir la radiation des membres aisés, abusivement inscrits en qualité de participants, sous peine, pour la société, de se voir refuser le tarif consenti.

« Pour formuler ces prétentions, la Société de médecine de Nîmes se basait sur une circulaire de M. Barthou en date du 1er décembre 1897.

« Dans une dépêche qu'il a adressée au préfet du Gard, M. Vallé déclare que ces prétentions sont absolument inadmissibles et que les médecins eux-mêmes « dénaturent le sens et la portée » de la circulaire de son prédécesseur.

« La circulaire de mon prédécesseur, ajoute M. Vallé, engage, à titre de conseil, les présidents des sociétés de secours mutuels à ne plus recevoir à l'avenir des membres participants dont la situation de fortune leur permet d'être membres honoraires, et, en cela, elle précède les vues de la société de Nîmes ; mais elle ne pouvait leur conseiller, par un effet rétroactif, de rayer ceux qui étaient préalablement inscrits.

« Allant plus loin, ce syndicat médical demande que les statuts des sociétés de secours mutuels soient soumis à son approbation.

« Je vous prie de faire observer, aux signataires

de la circulaire syndicale, que la définition des personnes aisées, par le médecin traitant, établirait un système inquisitorial sujet aux erreurs d'appréciation et que la demande de radiation de ces membres ne saurait être accueillie par les conseils d'administration des sociétés, attendu qu'un contrat est intervenu entre les sociétaires et les sociétés auxquelles ils appartiennent et qu'il ne peut être rompu, sur le point visé, que par le consentement des ayants droit. Il est hors de doute que les tribunaux condamneraient les sociétés qui céderaient à cette injonction, si les exclus leur intentaient une action en réintégration et en dommages-intérêts.

« Relativement au droit poursuivi par le syndicat médical, de vérifier les statuts des sociétés de secours mutuels et de les approuver ou de les désapprouver, avant de soigner leurs membres malades, ce droit appartient exclusivement à mon administration et je ne saurais tolérer dans l'espèce l'ingérence abusive des syndicats médicaux.

« Si l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 a accordé aux médecins le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, qui leur avait été dénié auparavant par les tribunaux de tous les degrés (jugement du tribunal de Domfront en date du 6 décembre 1884, arrêt de la Cour d'appel de Caen du 4 février 1885 et arrêt de la Cour de cassation du 29 juin 1885), c'était à la condition qu'ils ne s'en serviraient pas pour imposer des obligations léonines à leur clientèle et surtout pour empiéter sur les droits de mon administration,

« En conséquence, vous voudrez bien avertir les sociétés de secours mutuels de votre département qu'elles aient à considérer comme nulle et non avenue la circulaire susdite et vous inviterez le syndicat médical à s'abstenir désormais, en tant que corps collectif, de faire des communications de ce genre à des sociétés dont l'organisation et le fonctionnement sont du ressort de mon administration. »

Que conclure de cette nouvelle affaire ?

1° Que les statuts des Sociétés de secours mutuels ne regardent pas les Syndicats médicaux ;

2° Que nous ne pouvons pas obliger un Bureau à rayer des Sociétaires.

3° Que les Syndicats médicaux n'ont pas les mêmes licences que ceux qui se réunissent à la Bourse du travail.

Cela, nous le savions. Nos confrères auraient commis le crime de l'oublier, paraît-il ; c'est ce qui nous vaut la circulaire Vallé.

Ils y ont d'ailleurs répondu par l'adresse suivante au préfet du Gard :

1° Les médecins ont dans ce cas, comme en toutes circonstances et de tout temps, le droit absolu de régle le chiffre de leurs honoraires sur la position de fortune du client ;

2° Le Syndicat n'a jamais eu l'intention de s'immiscer dans le fonctionnement inférieur des Sociétés de secours mutuels, ni d'empiéter sur les droits de l'autorité ; il a voulu simplement affirmer son droit de refuser le bénéfice du tarif réduit aux membres aisés de ces Sociétés et à prévenir les présidents ;

3° Le Syndicat n'a jamais prétendu s'arroger le droit de vérifier pour les approuver ou les désapprouver tous les statuts des Sociétés de secours mutuels, mais il est impossible qu'il puisse conclure un contrat avec une Société de secours mutuels sans prendre connaissance de la partie des statuts concernant le service médical.

(*N. B.* — L'article 3 de notre circulaire porte d'ailleurs : « Seul le bureau a le pouvoir de proposer au Corps médical le refus ou l'acceptation des tarifs d'honoraires (et non des statuts) qui lui seront présentés » (par les Sociétés de secours) ;

4° Le Syndicat n'a pas connaissance des restrictions que la loi de 1892 apporte à l'exercice des droits des médecins syndiqués vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels ; il s'est seulement inspiré du texte de la circulaire ministérielle du 1er décembre 1897 dont il nous paraît bon de rappeler la dernière phrase : « En conséquence, les fondateurs ou administrateurs (des Sociétés de secours mutuels) devront apporter la plus grande circonspection dans la réception des nouveaux sociétaires participants et engager les anciens dont la situation de fortune dénote plus que l'aisance à entrer dans la catégorie des membres honoraires ».

Quoi qu'il en soit, nous le demanderons une fois de plus, pourquoi ces pourparlers et ces solennelles communications de groupe à groupe ? Est-il donc impossible à chacun de nous, après s'être concerté avec son voisin, qui fera de même, d'aller, en laissant de côté l'appareil syndical, dire au Président de chaque Société de secours mutuels :

« Voici la liste des membres de la société. Les
« noms que nous marquons d'une croix sont ceux
« d'ouvriers et de petits employés dont l'esprit
« de prévoyance nous touche, et nous ferons en
« faveur de ceux-ci une remise de 25 % sur notre
« tarif minimum. Nous ne connaissons les autres
« que comme des clients ordinaires, et, si vous
« tenez à payer nos honoraires pour eux, vous
« les payerez au tarif de leur condition sociale.
« C'est à prendre ou à laisser. »

De la sorte, sans nous préoccuper d'obliger le Bureau à des radiations, nous opérerons nous-mêmes la sélection nécessaire, et nous aurons déterminé la limite des sacrifices qu'il nous plaît de nous imposer.

Ce langage, que nous tenions encore au *Propos du jour* de l'avant-dernier numéro, est toujours de mise aujourd'hui ; cette manière d'agir, que nous prônons sans cesse depuis 1894, est inattaquable par toutes les circulaires du passé, du présent, et de l'avenir.

Pourquoi ? Parce que, s'il plaît, *abusivement*, à l'Etat de considérer la mutualité comme sa chose et de la faire profiter des exceptions qu'il a formulées dans l'article 13 de la loi Chevandier (privilèges de nos Syndicats), il ne lui appartient pas de porter atteinte aux droits de l'individu médecin, homme libre qui veut le rester, et qui a la ferme intention de faire respecter ses intérêts.

Une fois de plus, il se trouve démontré qu'en matière de rapports entre mutualistes et médecins, notre solution s'impose.

Et si la mutualité la rejette, nous retirerons même notre faveur de 25 % à ses sociétaires ouvriers, la laissant dans le droit commun, pur et simple.

Ce ne sera plus, je l'espère, un système inquisitorial, comme dit la circulaire Vallé.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Affections utérines et bicyclette.

M. le Dr *Leriche*, de Nice, a communiqué, au Congrès de Marseille, le résultat de ses recherches sur l'action de la bicyclette dans les cas d'affections utérines. « Contrairement à l'habitude prise, d'interdire la bicyclette à toute femme atteinte d'affection utérine, dit-il, j'ai observé, contre mon attente, une malade qui, par les

exercices cyclistes, s'est guérie de ménorragies fréquentes. En effet, on peut se rendre compte que l'usage modéré de la bicyclette peut agir comme la gymnastique décongestionnante de Stapfer. Inversement j'ai vu l'abus de cet exercice produire de graves accidents d'hémorragie chez une malade souffrant de métrite et de salpingite chroniques. Les expériences récentes de Regnault et Bianchi ont, de plus, montré chez les coureurs une élévation plus ou moins persistante des viscères sus ou sous-diaphragmatiques : on pourrait donc essayer de relever par ce moyen les organes abdominaux en ptose. Enfin, l'usage habituel et modéré de la bicyclette peut modifier la diarrhée chronique ; mené plus activement, il peut combattre la constipation. La bicyclette est donc non seulement, comme tous les instruments de sport, un moyen utile de stimulation générale, mais encore une ressource précieuse de thérapeutique, dont il faut déterminer avec soin les indications et les modes d'application.

Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations ou à créer des articulations nouvelles.

La plupart des chirurgiens pratiquent l'immobilisation des articulations traumatisées. Ils y emploient plus ou moins régulièrement les appareils inamovibles.

La pratique est la même pour les cas, où le traumatisme des articulations n'en a pas altéré la forme et pour ceux, où toute la substance des articulations a été emportée. (Résections.)

M. Championnière estime qu'il y a lieu de réformer cette pratique aussi complètement qu'il y a lieu de réformer la pratique de l'immobilisation absolue des fractures.

Dans tous ces cas, l'*appareil inamovible est inutile.*

En outre, dès le premier pansement, la *mobilisation* méthodique de l'articulation doit s'imposer.

Citons parmi les cas dans lesquels cette pratique nouvelle doit être suivie :

Opérations sur le genou ; fractures de rotule suturées ; corps étrangers. Tous les traumatismes de cette articulation.

Résections de l'épaule, du coude, du poignet; tous les traumatismes des mêmes articulations.

Ablation de tous les os du tarse pour pied bot.

A ces opérations, il faut ajouter toutes celles qui visent la conservation ou la restitution d'un mouvement articulaire.

On applique l'appareil inamovible dans ces cas pour :

1° Supprimer ou prévenir la douleur ;

2° Supprimer ou prévenir l'inflammation articulaire ;

3° Eviter les déformations par déplacement des fragments mobiles entraînés hors de leur situation nouvelle.

1° D'après M. Championnière, la douleur est suffisamment évitée par un pansement bien matelassé qui tranquillise la région.

Lors du ou des premiers pansements, si la mobilisation donne un peu de douleur, elle en donne infiniment moins qu'on n'en observerait sur le même sujet si, après l'avoir immobilisé pendant plusieurs semaines, on travaillait à le mobiliser.

2° Le repos complet d'une articulation par l'appareil inamovible n'a jamais eu aucune efficacité contre l'inflammation. Il y a là un préjugé contre lequel l'expérience permet de protester tous les jours ;

3° Les déplacements secondaires ne se produisent pas, lorsque l'on provoque des mouvements réguliers par une mobilisation précoce.

Pour les articulations les plus détruites, on peut les provoquer dès le quatrième ou le cinquième jour sans risque.

Cette pratique est plus délicate que celle de l'application d'un appareil inamovible que l'on laissera plusieurs semaines. Mais, elle permet d'obtenir des résultats auxquels on n'arrive jamais, si on a laissé l'articulation nouvelle s'enraidir ou si on a laissé les muscles s'atrophier.

Même pour les cas dans lesquels l'article est enflammé, même pour les cas dans lesquels il est envahi par certaines formes de tuberculose, il se répare pendant le mouvement ; il se répare de façon à donner des membres qui fonctionneront promptement et régulièrement.

L'appareil inamovible dans l'immense majorité de ces cas de traumatisme articulaire est inutile et nuisible.

M. Championnière donne comme exemple, parmi les résultats les plus topiques, ceux des pieds bots qu'il opère par l'ablation de la totalité des os du tarse, sauf la partie postérieure du calcaneum. Après cette opération, sans avoir mis aucun appareil inamovible, il dépanse et mobilise méthodiquement dès le 4e ou le 5e jour. Dans bien des cas, dès la 3e ou la 4e semaine, les sujets commencent à marcher.

Après les nombreuses opérations qu'a faites M. Championnière, la réparation a toujours été bonne et la fonction promptement rétablie.

La rétroversion utérine.

La rétroversion utérine n'est pas toujours ce que l'on pourrait appeler un épiphénomène au milieu des lésions infectieuses de la cavité pelvienne. Il existe aussi des rétroversions indépendantes, qui méritent d'être traitées pour elles. Elles surviennent chez les arthritiques nerveuses ; elles ont pour cause, même en l'absence de toute distension produite par la grossesse et l'accouchement, même chez les vierges, le relâchement des tissus fibreux et en particulier des ligaments utérins. L'utérus dévié est en même temps congestionné et névralgique ; il l'est en l'absence de toute infection surajoutée et parce que la malade est une arthritique nerveuse ; d'autre part, la congestion et la douleur sont entretenues par la position vicieuse, les troubles vasculaires qui en résultent, la flexion au niveau de l'isthme, les compressions anormales. Or, souvent la réduction fait cesser, comme par enchantement, tous les troubles. Il y a donc un traitement médical de la rétroversion, il y a des rétroversions qu'il faut réduire, et il vaut mieux chercher à perfectionner les moyens efficaces, que d'en nier la valeur. Pour M. le Dr Richelot (*France médicale*), le traitement de la rétrodéviation utérine se compose de trois termes : *a*) Pessaire et ceinture abdominale. *b*) Massage utérin. *c*) Hystéropexie. La ceinture n'est qu'un utile auxiliaire. Le pes-

saire peut être efficace dans les cas simples, mais il est illusoire ou impossible chez beaucoup de femmes. Le massage est infiniment supérieur, il rend de grands services. Il amène la décongestion de l'utérus et la réduction spontanée ; il triomphe d'adhérences légères : il convient aux cas d'étiologie complexe où l'infection joue un rôle, en provoquant, dans le tissu utérin, des communications nutritives que le traitement chirurgical de la métrite a pu laisser inachevées.

Le traitement opératoire mérite notre confiance et ne doit pas être abandonné comme on l'a dit. La première condition, c'est de ne pas opérer un utérus trop malade, et de guérir d'abord la métrite, si elle existe ; on peut cependant réserver, pour le jour même de l'hystéropexie, une opération sur le col ou sur les ovaires polykystiques. L'hystéropexie abdominale est une excellente opération, qu'on a trop calomniée. Elle favorise la conception et guérit un bon nombre de femmes. Les accidents pendant la grossesse, les présentations vicieuses et les dystocies sont le résultat d'une mauvaise technique, de la fixation du fond de l'utérus, car l'utérus gravide se développe surtout par son fond, et, pour qu'il ne soit pas gêné, il faut placer les fils exclusivement sur la face antérieure, au-dessous des orifices tubaires.

De même pour l'hystéropexie vaginale. Les procédés de Dührssen et de Mackenrodt assurent contre la récidive, mais ils sont responsables de nombreux accidents pendant la grossesse et à terme : c'est qu'ils sont excessifs, donnent à l'utérus une position forcée, l'enclavent sous la vessie, et emprisonnent le fond de l'organe. Avant tout, le fond doit rester libre.

Affections de l'oreille et hallucinations.

Une lésion de l'oreille, dont le malade ne se rend pas compte, est susceptible de donner lieu à une fausse interprétation, et peut-être même dans les cas graves, à une sorte de démence aiguë. Ces troubles psychiques, qui peuvent revêtir la forme hallucinatoire, ne se rapprochent jamais des hallucinations des aliénés, car celles-ci « offrent un rapport constant avec la forme du délire, et ont lieu toujours dans le sens de celui-ci. » (A. Robin.)

Les véritables hallucinations auditives pathologiques, dit M. le Dr René Legay dans sa thèse, nécessitent une prédisposition psychique. Elles paraissent présenter deux variétés, selon la phase de la maladie mentale : au début, l'hallucination est brusque, inopinée, courte, et frappe le patient d'étonnement. Plus tard, elle se distingue par l'interprétation délirante systématisée, et la possibilité de son renouvellement au gré du malade.

Ces deux dernières formes peuvent exister sans excitation périphérique objective ou subjective.

Les affections de l'oreille peuvent pourtant les entretenir.

Ces affections peuvent en outre faciliter la prédisposition psychique par leur durée désespérante, par l'obsession résultant de la continuité des bourdonnements, qui augmentent encore pendant la nuit et privent ainsi de sommeil, par les vertiges enfin et la diminution de l'audition, qui les accompagnent si souvent.

Il semble enfin que l'on puisse conclure avec M. Luys, que, dans un certain nombre de cas, l'excitation continue du centre acoustique, dont les hallucinations sont l'expression, peut amener l'affaiblissement ou la perte de l'ouïe, en dehors de toute maladie d'oreille proprement dite.

Eczéma chronique des mains.

M. le Dr *Morelle* donne, dans les *Ann. de l'Institut chirurg. de Bruxelles*, d'utiles conseils pour combattre l'eczéma chronique des mains, affection parfois si tenace et si désespérément longue.

Dans ces inflammations chroniques, dit-il, trois éléments surtout sont à combattre : la sécheresse, l'épaississement et la congestion de la peau. Aussi, à part certains cas où une intervention thérapeutique active est suivie d'une poussée aiguë de la maladie, on doit avoir recours à des agents énergiques. Ainsi, dans les cas où l'hyperkératose est prononcée, on emploie une graisse ou le savon vert et l'acide salicylique entrent en diverses proportions. Pour combattre la sécheresse, il est utile — dans certains cas, cela est nécessaire — de recouvrir la main par-dessus la couche de pommade d'une enveloppe imperméable (pansement à la gutta-percha, gants de caoutchouc). Enfin, lorsque c'est surtout la congestion de la peau qui joue le rôle principal, on doit employer prudemment les agents réducteurs ; l'acide chrysophanique, sous ce rapport, a souvent rendu de grands services.

Mais il est un point important du traitement qui a souvent été signalé, et qui vient d'être plus particulièrement mis en lumière par Unna (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, XXVI, p. 547). C'est l'influence défavorable qu'exercent sur la peau, les lavages pratiqués le matin et pendant la journée. Par là, en effet, on enlève les parties grasses qui protègent la couche cornée, celle-ci se fendille, et les fissures, non seulement occasionnent une douleur qui augmente l'hypérémie, mais encore deviennent la porte d'entrée pour la poussière et les autres agents irritants. Dès lors, on doit prendre pour règle de ne procéder au lavage des mains que le soir ; le lavage doit être énergique et complet pour les parties non atteintes ; on procède plus doucement pour les endroits eczémateux ; puis, *immédiatement après*, on fait le pansement qui doit rester toute la nuit. Le matin, le malade au lieu de se laver les mains les essuie simplement de façon à y laisser une couche de graisse qui sert d'enduit protecteur. Si, pendant la journée, le lavage des mains devient absolument nécessaire, il faut de suite les enduire d'un corps gras dont on enlève l'excédent en les essuyant. Le mélange préconisé par Lassar pour les eczémas des mains des chirurgiens (huile d'olive, glycérine, lanoline, vaseline, etc.), peut très bien convenir à cet effet.

« La suppression du lavage matinal, dit Unna, suffit à amener la guérison de la plupart des eczémas des mains. Naturellement, on doit faire une exception pour ceux qui surviennent chez les lavandières ou les servantes ; mais ici aussi, j'ai observé que le véritable agent nocif n'est

pas tant le contact avec l'eau chaude et le savon, que le dessèchement consécutif de la peau exposée à l'air et à la poussière. Si donc, dans les intervalles du travail, on emploie les corps gras, si immédiatement à la fin de la journée on fait le pansement définitif, on peut encore obtenir de bons résultats. »

Traitement de la myopie progressive par l'énucléation du cristallin.

M. le Dr *Edm. Baudot* a consacré sa thèse de doctorat à l'étude du traitement de la myopie progressive par la suppression opératoire du cristallin. Cette suppression, dit-il, diminue la réfraction de l'œil d'un nombre de dioptries d'autant plus élevé que la myopie est plus forte.

Un œil myope de 20 dioptries, devient à peu près emmétrope, par la perte de son cristallin.

En un mot, la suppression du cristallin produit toujours une augmentation notable de l'acuité visuelle.

Après cette opération, on observe un arrêt dans la marche de la myopie, et des lésions choroïdiennes, du moins dans la grande majorité des cas.

On n'a jamais établi que le décollement de la rétine fût le résultat de cette opération, bien que cette complication ait été notée plusieurs fois. Car, chez les très fort myopes, elle se produit fréquemment, si on laisse évoluer la myopie.

On ne peut du reste comparer cette variété de décollement avec celle qu'on observe chez les vieillards, après l'extraction des cataractes.

Chez les enfants on peut opérer dès l'âge de 12 ans, si la myopie est très prononcée et si elle suit une marche rapidement progressive. Chez les adultes, il faut être très réservé au-dessous de 15 dioptries, à cause de l'hypermétropie qui en résulte. Au-dessus de 15 dioptries, il y a toujours avantage à opérer, si l'acuité visuelle est suffisante et s'il n'y a pas de décollement rétinien.

Si un œil a déjà un décollement, on ne doit opérer l'autre que sur demande expresse du malade.

L'ablation du cristallin transparent est une opération grave, appelée à rendre de grands services à une certaine catégorie de myopes, si elle est faite prudemment et si on ne la réserve que pour les cas où elle est parfaitement indiquée.

L'appendicite et ses complications toxiques.

M. le professeur *Dieulafoy* vient encore de faire une série de leçons et de communications à l'Académie sur les complications toxiques et les suppurations hépatiques que peut provoquer l'appendicite.

« Cette maladie, dit-il, n'est pas seulement une maladie infectieuse, mais encore, une maladie toxique au premier chef.

« Cette toxicité, dans sa forme la plus habituelle et la plus bénigne, se traduit par une teinte subictérique de la peau, avec urobilinurie et albuminurie.

« Dans les cas plus graves, parfois mortels, on observe une série d'accidents nerveux, à forme cérébrale, bulbaire ou typhoïde.

« Ces accidents toxiques ne doivent pas être confondus avec ceux qui relèvent de l'infection. Dans l'ictère par intoxication, la jaunisse est habituellement légère, l'analyse des urines décèle d'ordinaire l'absence de pigment biliaire et la présence d'urobiline et de pigment brun. Cet ictère, par intoxication, apparaît, dès les premiers jours de l'appendicite ; il est le plus souvent le seul témoin de l'adultération hépatique et ne s'accompagne ni de fièvre, ni de douleurs, ni de symptômes bruyants.

« Tout autre est l'ictère consécutif à l'infection du foie par le colibacille ; d'abord c'est un ictère vrai ; en second lieu, il apparaît assez tardivement, au décours de l'appendicite ou en pleine convalescence ; il est précédé de violents frissons, de douleurs à l'hypocondre, d'augmentation de volume du foie, etc., etc.

Cet accès, suivi de plusieurs autres, est accompagné de douleur hépatique et d'un rapide accroissement du foie. L'ictère ne manque pour ainsi dire jamais. Les vomissements et la diarrhée sont des symptômes fréquents.

Cette infection hépatique est toujours mortelle.

« En résumé, la jaunisse liée à l'appendicite est un symptôme devant être diversement interprété : tantôt l'ictère fait partie d'un syndrome qui révèle une infection hépatique légère et curable, si l'on intervient à temps. A tous les points de vue, l'ictère toxique doit être différencié de l'ictère infectieux.

« Toute appendicite, même bénigne en apparence, peut devenir la cause d'une infection hépatique, se traduisant par la formation rapide d'abcès multiples, qui se chiffrent par douzaines et par centaines, disséminés dans le foie. Ces abcès de dimensions diverses, d'aspect souvent aréolaire, transforment le foie en une sorte d'éponge purulente. La dénomination de *foie appendiculaire*, que l'on peut donner à cette variété de suppuration hépatique, la distingue de toutes les autres suppurations du foie ;

« On est vraiment frappé de la disproportion flagrante qui existe entre la petite cavité close de l'appendice où s'élabore la toxi-infection et ce gros foie de 3 kilogrammes où les microbes, doués d'une virulence inouïe, peuvent, en quelques semaines, presqu'en quelques jours, déterminer d'aussi vastes lésions ;

« La même remarque s'applique aux accidents d'ordre nerveux ; les uns sont dus à l'intoxication, les autres à l'infection. D'une façon générale, les seconds sont beaucoup plus tardifs que les premiers et s'accompagnent de phénomènes généraux graves et d'autres foyers infectieux (pneumonies, phlegmons, etc.) qui font défaut lorsqu'il s'agit d'une simple intoxication.

« L'appendicite, dit en terminant l'orateur, n'est donc pas seulement redoutable par les infections qu'elle provoque à distance ou sur place : elle est encore dangereuse, parce qu'elle intoxique ses victimes en même temps qu'elle les infecte ; parfois même l'intoxication prédomine sur l'infection. Aussi le seul moyen de se mettre à l'abri de l'appendicite est-il de supprimer le foyer toxi-infectieux dès que son existence a été établie avec certitude. »

PRATIQUE RHINOLOGIQUE

Sur la rhinoscopie postérieure.

On se demande, parfois, pourquoi un même spécialiste soigne à la fois le nez, les oreilles et le larynx.

Quelle singulière association et que peut-il y avoir de commun entre des organes aussi dissemblables ! Ce qu'il y a de commun, la pratique de la rhinoscopie postérieure nous l'apprend : l'arrière-cavité des fosses nasales, qu'elle permet d'explorer du regard, est un véritable carrefour où viennent converger la trompe d'Eustache, c'est-à-dire l'oreille, les fosses nasales et le pharynx supérieur, c'est-à-dire le prolongement du larynx considéré comme organe vocal.

Toute altération de cette cavité, si légère soit-elle, est susceptible de retentir, par des mécanismes d'ailleurs divers, sur les conduits qui viennent s'y ouvrir. Sans doute, les affections de l'oreille ne retentissent guère sur celles du larynx, et inversement les lésions du larynx n'ont que peu d'influence sur l'organe de l'ouïe, mais nul ne saurait être laryngologiste ou auriste sans être rhinologiste ; car, on ne saurait être l'un ou l'autre, sans savoir pratiquer l'exploration de l'arrière-cavité des fosses nasales.

La rhinoscopie postérieure est le complément indispensable de la plupart des examens du larynx, du nez ou des oreilles : les indications thérapeutiques qu'elle donne priment souvent celles que fournit l'exploration de l'organe même, larynx, oreille ou nez, dont se plaint le malade.

La technique de la rhinoscopie postérieure, pour laquelle on avait jadis inventé des instruments plus ou moins compliqués, est aujourd'hui tellement simplifiée que je ne doute pas, pour ma part, que ce mode d'examen ne soit, dans un bon nombre de cas, tout au moins, à la portée du médecin praticien. En admettant même que le nombre de malades chez qui il réussirait, fût très restreint, il en tirerait dans ces cas un tel bénéfice pour la sûreté de son diagnostic, qu'il ne devrait pas hésiter à s'y exercer.

Quels sont les instruments nécessaires ? Un miroir frontal, un abaisse-langue et un miroir rhinoscopique.

Le *miroir frontal* est celui qui sert à l'examen du larynx et des oreilles, dont je suppose que mes lecteurs ont quelque notion.

L'*abaisse-langue* doit être coudé, de façon que la main ne masque pas l'ouverture buccale. Le manche fera avec la spatule un angle obtus ou mieux un angle droit.

Le *miroir rhinoscopique* est un petit miroir rond et plan, analogue, aux dimensions près, à un miroir laryngoscopique. Celui dont on se sert communément, présente un diamètre de quinze millimètres et porte le n° 0.

Chez les enfants, de même que chez les adultes, dont l'isthme du gosier est considérablement rétréci par de grosses amygdales, on emploie le n° 00, qui n'a qu'un centimètre de diamètre ; inversement, lorsque les dimensions de la gorge s'y prêtent, il y a intérêt à utiliser un miroir plus large, le n° 1 par exemple (18 millimètres de diamètre) : n'oubliez pas, en effet, que plus vaste sera l'étendue de la surface réfléchissante, plus grande sera la quantité de rayons lumineux reçus par les parois du pharynx nasal et plus claire sera l'image qui se présentera à votre vue. Le miroir rhinoscopique remplit en effet, comme vous l'allez voir, un double rôle : renvoyant dans le pharynx nasal les rayons lumineux que concentre sur lui le miroir frontal, il éclaire les régions, dont il réfléchit ensuite l'image.

Disposez l'éclairage comme pour la rhinoscopie antérieure : placez la lampe, à gaz ou à pétrole, à la droite du malade, aussi près de lui que possible, la flamme à la hauteur de son oreille. Il importe que vous ayez une bonne source lumineuse, car la lumière devant être réfléchie deux fois, par le miroir frontal d'abord, par le miroir rhinoscopique ensuite, vous avez toujours à craindre qu'elle ne parvienne que très affaiblie, dans le pharynx nasal.

Faites asseoir le malade vis-à-vis de vous, la tête droite ou légèrement penchée en avant. Le miroir concave étant fixé sur votre font, inclinez-le au devant de votre œil gauche de façon qu'il réfléchisse la lumière de la lampe dans la bouche largement ouverte du malade : vous obtiendrez le maximum d'éclairage en vous tenant à une distance de 25 à 30 centimètre du sujet, en admettant que votre miroir ait environ 16 centimètres de foyer.

Dans cette situation, la paroi postérieure du pharynx se trouvera plus ou moins bien éclairée : elle le sera très incomplètement si, comme cela est la règle, les rayons lumineux sont interceptés par la convexité du dos de la langue ; elle le sera fort bien au contraire si le malade, s'efforçant de bien faire, en contractant tous les muscles de sa gorge, relève fortement le voile du palais ; mais alors ce soulèvement du voile fermera la communication entre le pharynx buccal et le pharynx nasal, qui doit précisément rester largement ouverte.

Dans le premier cas, vous manquerez de lumière ; dans le second, vous ne pourrez la faire pénétrer dans le pharynx nasal. Commencez donc par supprimer ces deux obstacles, obstacle lingual et obstacle vélo-palatin ; dans un second temps, seulement, vous introduirez le miroir rhinoscopique, pour procéder à l'examen.

Premier temps. — *Abaissement de la langue et du voile du palais.* — En dépit des apparences, l'abaissement de la langue est le temps le plus difficile, et cependant le plus important, de la rhinoscopie postérieure.

L'abaisse-langue, saisi à poignée par son manche de la main gauche, est appliqué sur le milieu du dos de la langue, l'extrémité de la spatule la plus rapprochée du manche reposant sur les incisives : on lui fait alors exécuter un mouvement de bascule autour des incisives comme pivot, sans appuyer sur ces dents, de façon à ce que son extrémité libre déprime lentement la base de l'organe : par cette manœuvre, on cherche en même temps à ramener la base de l'organe légèrement en avant pour agrandir autant que possible l'espace pharyngien.

Il y a deux écueils à éviter : si l'instrument n'est pas introduit assez loin, il refoule la base de la langue en arrière et l'obstacle au passage

des rayons lumineux augmente au lieu de diminuer; s'il est introduit trop profondément, il provoque un réflexe nauséeux et ne peut être maintenu en place. Pour que l'abaisse-langue, d'abord bien placé, ne glisse pas sur la base de la langue et ne s'enfonce pas trop loin au cours de l'examen, il est bon d'étendre l'index de la main gauche et de le placer sous le menton du malade où il prend un point d'appui: cette manœuvre donne beaucoup d'assurance et de fixité à la main. Le langue doit être déprimée d'une main ferme et sûre. Quelquefois avec force, mais jamais avec brutalité. Une fois l'abaisse-langue convenablement placé, la rhinoscopie ne présente, pour ainsi dire, plus de difficulté: si vous voulez la bien pratiquer, exercez donc votre main gauche, c'est là le point capital.

La langue étant déprimée et le malade respirant tranquillement, le voile du palais se trouve le plus souvent relâché et demeure flasque pendant la durée de l'examen. S'il n'en est pas ainsi, il faut faire comprendre au malade qu'il doit rester inerte, passif, que, loin de nous aider, ses efforts pour bien faire nous gênent considérablement; on détournera son attention en l'entretenant d'un sujet étranger à la rhinoscopie; à certains malades il est nécessaire d'apprendre au préalable à respirer par le nez, la bouche étant ouverte. Lorsqu'on ne parvient pas ainsi à obtenir le relâchement du voile, on fait émettre au malade un son nasal, tel que *on* ou *an* et l'on profite du court instant où le voile s'abaisse pendant la prononciation de ces mots pour pratiquer la rhinoscopie.

Deuxième temps. — *Introduction du miroir.* — L'instrument préalablement chauffé au-dessus de la lampe et tenu par son manche comme une plume à écrire, est introduit dans la bouche, la face réfléchissante tournée en haut et en avant. On le glisse au-dessous du voile, en passant directement au-dessous de la luette, s'il existe en ce point un espace suffisant; en passant à droite ou à gauche de celle-ci dans le cas contraire; une fois dans le pharynx, le miroir est ramené sur la ligne médiane et il ne reste plus qu'à examiner l'image réfléchie par lui.

Evitez que, lors de son introduction, le miroir ne touche aucun point de l'isthme du gosier, en particulier les piliers du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx; par contre, si l'abaisse-langue est convenablement placé et si le malade respire tranquillement, vous pouvez impunément toucher la luette, la déplacer en tous sens, la titiller en quelque sorte sans provoquer le moindre réflexe.

Il importe que le miroir soit introduit loin et bas dans le pharynx: insuffisamment enfoncé, il refléchit l'image de la face postérieure de la luette et non celle du pharynx nasal; s'il n'est pas assez bas, il est masqué en partie par la luette qui pend au-devant de lui.

Dans un article ultérieur, nous passerons en revue les résultats fournis par la rhinoscopie postérieure à l'état normal et à l'état pathologique.

Dr M. Boulay.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Mutualistes et l'Assistance médicale gratuite.

Une note du 16 mars 1898 de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a confirmé la jurisprudence du Ministère de l'Intérieur, au point de vue de l'inscription des membres des sociétés de secours mutuels sur les listes d'assistance médicale gratuite. Voici cette communication reproduite par les journaux mutualistes :

« Le président d'une société de secours mutuels de La Teste (Gironde) a consulté l'Administration centrale sur le point de savoir, si les membres d'une société de secours mutuels, par cela seul qu'ils font partie de cette société, doivent être inscrits sur la liste communale d'assistance médicale.

« Une question analogue a déjà fait l'objet d'une note de la Direction du cabinet, du personnel et du secrétariat, en date du 2 mars 1896, à l'occasion d'une lettre de M. le préfet de la Loire. En suite de cette note, une dépêche ministérielle du 25 mars 1896, préparée par les soins de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a fait connaître à M. le préfet de la Loire que les membres des sociétés de secours mutuels ne peuvent pas être écartés *de plano* des listes d'assistance, mais que leur inscription sur ces listes devra motiver un double examen, l'un pour la situation personnelle de chaque sociétaire, comme pour tout individu demandant à être inscrit, l'autre pour ses droits à l'encontre de la société de secours mutuels dont il fait partie, en ce qui concerne les secours de maladie.

« Cette solution, conforme aux conclusions de la note précitée du 2 mars 1896, paraît devoir être maintenue dans l'espèce actuelle. » (*Revue philanthropique,* 10 septembre 1898.)

Le médecin et le mandat de conseiller général.

L'article 10 de la loi organique du 10 août 1871 sur la constitution et le fonctionnement des Conseils généraux, dit ceci :

« Le mandat de Conseiller général est incompatible, dans le département, avec les *fonctions* d'architecte départemental, d'agent voyer, d'employé des bureaux de la préfecture ou de la sous-préfecture, et *généralement de tous les agents salariés ou subventionnés sur les fonds départementaux.* »

Or, les médecins inspecteurs chargés d'une circonscription d'enfants du premier âge, sont considérés comme rentrant dans ce dernier cas. Les misérables *indemnités* qu'ils touchent suffisent à créer l'incompatibilité, quand l'Administration est hostile au candidat, ou quand l'élection de celui-ci est déférée au Conseil d'Etat, à cause de la protestation d'un ou plusieurs électeurs. — Jusqu'ici l'élu s'en est tiré en abandonnant les émoluments ; mais comme l'article 10 dit que le mandat est incompatible avec la *fonction*, il pourrait être contraint d'abandonner même celle-ci.

Or, la loi Roussel exige, comme la loi d'assistance de 1893, le concours *du plus grand nombre possible de médecins.* Pourquoi ne pas y faire en-

trer un article semblable à l'article 34 de la loi de 1893 qui dit :

« Les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au Conseil général ou au Conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental. »

A cette heure, *plusieurs centaines* de médecins inspecteurs des enfants du premier âge sont en même temps conseillers généraux. Mais, tandis que l'Administration a fermé les yeux sur cette irrégularité, pour le plus grand nombre, et n'a pas reçu de protestation qui l'obligeât à exiger l'abandon de l'indemnité, dans d'autres régions (telles que l'Orne et la Nièvre), elle a dû mettre nos confrères en demeure d'opter, et ceux-ci ont perdu l'indemnité que leurs collègues conservent.

Ces anomalies disparaîtraient si on ajoutait à la loi Roussel l'article que nous proposons.

Mais, comme les médecins émargent parfois au budget départemental pour d'autres fonctions que l'inspection des enfants du premier âge, et toujours en chiffres aussi insignifiants (vaccination, inspection médicale des écoles, etc.) ; comme, d'autre part, la loi sur la protection de la santé publique donnera fatalement, un jour, à certains d'entre nous, des délégations analogues et rétribuées de même façon, ne faut-il pas prévoir que tous les médecins courent le risque, à un moment donné, d'être frappés par l'incompatibilité à cause d'une rétribution départementale quelconque ?

Et dès lors, au lieu de faire entrer l'article libérateur dans la loi Roussel aujourd'hui, hier dans la loi d'assistance, demain dans la loi de protection de la santé publique, ne serait-il pas plus rationnel et plus simple d'amender l'article 10 de la loi du 10 août sur la composition des Conseils généraux, en y ajoutant le paragraphe suivant qui rappelle la fin de l'article 33 de la loi municipale, par une analogie frappante ?

« Ne sont pas compris parmi les agents salariés inéligibles, ceux qui, étant fonctionnaires publics ou exerçant une profession indépendante, ne reçoivent une indemnité du département qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession. »

C'est à nos confrères du Parlement qu'il appartient de choisir entre les deux solutions à poursuivre. Mais il ne leur échappera pas que, nous soumettre à toutes ces incompatibilités, en raison des services que nous rendons et que l'on rétribue si mal, c'est mal reconnaître notre dévouement et notre abnégation. J'ajouterai que c'est aussi nous infliger toutes les charges du fonctionnarisme, sans nous en donner les bénéfices (émoluments, retraites, etc.).

BULLETIN DES SYNDICATS

et des Sociétés locales.

Asociation syndicale des médecins de la Haute-Saône

Assemblée générale tenue à Vesoul, le 1er *août* 1898.
Présidence de M. le docteur Goudot.

La séance est ouverte à 10 heures et demie.

Membres présents : *Chambre syndicale*, MM. Goudot, président ; Fournier, Vice-président ; Maussire, Secrétaire : Schurrer, Trésorier.

Délégués des arrondissements : MM. Spindler, Glorget.

Sociétaires : MM. Brusset, Jeanpierre, Nicolin, Masson, Perchet, Richard, Serrigny, Signard (arrondissement de Gray).

MM. Billotte, Bornéque, Deck, Jacquez, Miroudot, Spindler, (arrondissement de Lure).

MM. Dreyfus, Glanchard, Helle, Hézard, Mouchotte, Mourlot, Pitoy, Racine, Sipp, Tournier, Vuillequez (arrondissement de Vesoul.)

Membres absents qui se sont excusés : MM. Chatelot, Coillon, Gourdan-Fromentel, Grenet jeune, Paris, Rebillard, Yon.

Admissions.

MM. les Docteurs Bertrand, de Saint-Loup ; Laurent, de Vitrey ; Godot, de Conflans ; Letellier de Faverney, sont admis comme membres du syndicat.

Démissions.

Les démissions de MM. Gauthier et Delerse sont refusées, celle de M. Boisson est acceptée.

Après l'allocution fort applaudie du Président, celui-ci lit le compte-rendu suivant du *Cercle syndical Graylois.*

Cercle Graylois.

La réunion du Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Gray a eu lieu le 12 juillet dernier, à dix heures du matin, à l'Hôtel de Ville.

Etaient présents : MM. les docteurs Fromentel, Richard, Goudot, Serrigny, Pinguet, Perchet, Nicolin, Bedon, Jeanpierre, Brusset, Glorget.

Excusés : MM. Massin, Renaud, Yon.

Ordre du jour : RÉVISION DES STATUTS.

Le comité exprime les vœux suivants :

1° Que le Président soit nommé pour une période de deux ans (mod. de l'art. 16).

2° Que les membres du Syndicat, ne pouvant se rendre à la réunion générale, puissent voter par procuration.

3° Que nul ne soit admis à faire partie du Syndicat s'il n'exerce au moins depuis un an, et si son diplôme n'est régulièrement enregistré.

4° Que les questions d'ordre théorique le cèdent un peu au côté pratique ; que les *intérêts professionnels* soient surtout l'objet de prochaines réunions. On a trop négligé la question de recouvrements des honoraires, nous nous réunissons pour nous soutenir et nous aider réciproquement. Le Comité décide de nommer séance tenante un homme d'affaires qui agira au nom du Syndicat et avec plein pouvoir pour exercer des poursuites, s'il y a lieu. Les frais resteront à la charge du créancier.

Le Secrétaire, Dr Glorget.

Vœu émis par le Syndicat médical. Inexécution de la loi Roussel.

L'assemblée générale renouvelle le vœu, plusieurs fois émis, déjà, sur l'inexécution de la loi relative à la protection des enfants du premier âge. Elle espère que cette fois le Conseil général et M. le Préfet arriveront à réorganiser un service aussi important qui aura pour but d'enrayer la dépopulation dans notre département.

Assistance médicale gratuite.

Le secrétaire lit ensuite la note suivante sur la loi de l'assistance médicale gratuite.

Le règlement du service de l'assistance médicale gratuite, adopté par le Conseil général de la Haute-Saône, malgré divers articles qui auraient gagné à être modifiés, est bon en ce sens surtout qu'il permet à tous les médecins du département de soigner les indigents, tandis qu'avant la loi du 15 juillet 1893, quelques médecins, dits cantonaux, avaient seuls ce droit et touchaient seuls les honoraires attachés à cette fonction.

Mais pour que ce règlement puisse continuer à être appliqué, il est de toute nécessité d'éviter les abus, sans quoi la Préfecture, sur les plaintes des maires d'un certain nombre de communes, pourrait fort bien revenir à l'ancien système.

Quand y a-t-il abus ?

1° Il y a abus, lorsque les médecins de l'assistance, au lieu de se borner à prescrire les médicaments incrits dans la nomenclature qui est entre leurs mains, en ordonnent de toutes sortes.

Certes, je n'ignore pas qu'il est des cas spéciaux qui demandent des remèdes particuliers, mais ces cas sont relativement rares et en le voulant bien, on trouverait souvent, je ne dis pas toujours, dans le tarif, des médicaments qui suffiraient largement.

Ainsi pourquoi ordonner des biberons du parfait nourricier, de l'eau de cologne phéniquée, des seringues pneumatiques, des extraits et du sirop de Phellandrie, des flacons odontalgiques, des vins de Malaga, de Banyuls, de Grenache, des pilules Moussette, du sirop de Rami, des bonbons pectoraux, des pulvérisateurs à vapeur, etc.

2° Il y a abus, quand on ordonne en une seule fois, des doses dépassant de beaucoup celles qui sont indiquées sur le tarif, par exemple :

500 gr. de sirop de Iodure de fer, 150 gr. de teinture d'Iode, 500 gr. de sirop de quinquina regardé comme une spécialité, 1500 gr. de vin de Kina, autre spécialité, 150 gr. de teinture de Quinquina, 500 gr. de sirop de lacto-phosphate de chaux, etc., etc.

Je connais des confrères qui ont prescrit à une seule famille, dans l'espace de quelques mois :

L'un : 2090 gr. teinture de quinquina.
1750 gr. de sirop de quinquina.
16 litres d'huile de foie de morue.
Un autre : 1470 gr. de teinture de quinquina.
2350 gr. de sirop d'Iodure de fer.
400 pilules de fer.
Un 3° : 23 boîtes de feuilles de Rigollot.

Certains médecins, *dans une seule localité*, ont donné, dans le courant de l'année 1897 :

L'un : 24.010 gr. de teinture de Kina.
10.300 gr. de sirop de Kina.
30.630 gr. de sirop de Tolu.
19.000 gr. sirop diacode, codéine, morphine.
61 litres d'huile de foie de morue.
Un 2° : 112 litres de vin de gentiane.
2370 gr. de Rhum pur.
Un 3°, un 4, un 5°. De 18 litres 1/2 à 30 litres de vin de quinquina, etc., etc.

Comment voulez-vous, chers Confrères, que les municipalités restent muettes, lorsqu'elles sont obligées de débourser de 2 à 5,000 fr. de médicaments annuellement, quand elles voient des familles de une, deux à trois personnes, dépenser jusqu'à 250 fr. par an, de drogues.

Je suis loin d'ignorer que plusieurs d'entre elles sont un peu cause de cette débauche de médicaments, car elles ont inscrit sur leurs listes, à côté des vrais pauvres, des individus qui pourraient fort bien payer et médecins et pharmaciens.

Je sais fort bien aussi que bon nombre d'indigents des villes surtout, poussent le sans-gêne, pour ne pas dire quelque chose de plus, jusqu'à consulter le même jour, quelquefois, 2 à 3 médecins, — mais comment changer les mœurs politiques et autres !...

Quoi qu'il en soit, il est venu des plaintes à la Préfecture et je vous engage vivement, au nom de la commission de vérification et dans notre intérêt à tous, de ne donner, autant que faire se peut, que les médicaments inscrits sur le tarif et, pour éviter le gaspillage, de ne pas dépasser les doses maxima qui y sont indiquées.

DÉCISIONS DU SYNDICAT.

Vaccination.

L'Assemblée décide que, comme ces années dernières, chaque vaccinateur n'aura droit qu'à 6 tubes de vaccin par an.

Demandes de la ville d'Auch et des Croix-Rouges françaises.

Ces demandes sont refusées, chaque médecin restant libre de donner ce qu'il voudra.

Admissions.

Aucun confrère établi dans la Haute-Saône ne sera admis au syndicat qu'après un an de séjour et après enquête ordonnée par le Président de l'Association.

Divulgation des comptes rendus.

Les comptes rendus annuels sont de nature privée, ils ne doivent pas être divulgués, car leur publicité pourrait être la source d'ennuis sérieux. Les membres du syndicat sont donc invités à ne pas s'en servir à aucun point de vue ni s'en dessaisir sous aucun prétexte.

Statuts.

L'assemblée générale approuve les nouveaux statuts, étudiés d'abord par la Chambre syndicale ; elle décide qu'un exemplaire en sera envoyé à tous les médecins pratiquant dans la Haute-Saône et à tous ceux qui viendront s'établir dans ce département.

Chambre syndicale et jetons de présence.

Sur la proposition d'un confrère, l'assemblée alloue un jeton de présence de 10 francs, comme indemnité de voyage, à chaque membre de la chambre qui répondra à l'appel du Président et ce autant de fois qu'il sera appelé. Cet article pourra être révisé dans un an.

Président et Vice-Président.— Président honoraire.

L'Assemblée générale décide que les Président et Vice-Président seront nommés pour trois ans et que le Dr Massin, son ancien Président, sera élu Président honoraire.

Collectivités.

D'après la décision prise par l'Assemblée générale du 31 juillet 1897. Le secrétaire a envoyé à tous les médecins non syndiqués de la Haute-Saône, la circulaire suivante :

Vesoul, le.... Décembre 1897.

Mon Cher Confrère,

De tout temps l'homme a recherché la société de ses semblables, soit pour protéger sa vie, soit pour soutenir ses intérêts. Aujourd'hui, ces associations portent les noms de syndicats, de sociétés de secours mutuels, etc... et n'ont pour principal objectif que l'augmentation de leurs capitaux ; mais pour arriver à ce résultat, il leur faut l'aide d'un médecin sans lequel rien ne peut marcher.

Il semble, à première vue, que cet homme, le médecin, rouage indispensable dans ces machines à

millions, devrait être honoré de toutes manières ; mais c'est le contraire qui existe, il est isolé et dès lors ses réclamations sont vaines. Il faut donc que lui aussi forme avec ses confrères, une association qui puisse tenir tête aux diverses collectivités.....

Oui ! j'entends, je vois !... Liberté... — Un grand geste à la Talma, la main qui montre l'horizon et qui se rabat sur la poitrine en formant un cercle à concavité interne : Sacerdoce. — De légers mouvements de tête, de haut en bas avec moue dédaigneuse. : Je m'en f... tisme ?

Sacerdoce ! Beau mot... Monnaie inconnue des banquiers, repoussée par le boucher, le boulanger, le marchand de vins, voire même l'épicier, mais connue des collectivités.

En vérité, en vérité, je vous le dis ! Dans la lutte pour la vie, celui qui, sous prétexte de *liberté*, d'indépendance, restera isolé, sera frappé dans son porte-monnaie, toujours. — dans les siens, souvent, — dans son honneur, parfois.

« M. le Dr X... est-il visible ? Oui, M... entrez !

« M. le Dr..., la Cie la *Fallacieuse*, dont je suis un des inspecteurs, désire établir dans votre commune une agence d'assurances contre les accidents. Elle a entendu parler de vous comme d'un homme intègre, habile, etc., etc. — *En avant la fanfare* ! — elle sait que vous ne réclamez pas d'honoraires des pauvres et que vous faites payer les riches en conséquence !... — *Oh ! Combien* ! — La Cie s'inspirant de ces principes quasi divins, veut aussi, elle, faire œuvre de fraternité. Elle ne demande rien à l'ouvrier, elle lui donne même une indemnité quotidienne quand il est blessé, mais elle exige des patrons une somme de tant, variable selon les professions. Seulement, comme elle craint les fraudes, elle a pensé à vous, M. le Dr, pour être son médecin attitré, pour vérifier les blessures. Elle vous prie de lui délivrer 2 certificats pour chaque sinistre liquidé et, comme elle connaît votre dévouement, — *saluez* ! elle espère, — *in cauda venenum* — que vous voudrez bien donner au moins les premiers soins à ses malades et, si l'affection est de longue durée, vous assurer de temps en temps de leur position. »

Les premiers soins : Réduire une fracture, une luxation, faire un pansement !... retourner voir le blessé quelquefois loin de votre domicile..., le tout pour 5 à 6 francs. Vous auriez tort de ne pas être content.

Etes-vous comme le prêtre, vivez-vous seulement du *sacerdoce* ? Avez-vous femme et enfants ? Vous accepterez, si vous êtes isolé car M. l'Inspecteur vous le fait sentir..., il ira sur votre refus porter ses offres à un autre médecin qui, seul aussi pourra très bien dire oui. —

Et si un de vos clients, qui promettait monts et merveilles, avant sa guérison refuse d'acquitter une note importante que vous avez hélas, peut-être escomptée d'avance, que ferez-vous ? Irez-vous en justice ? Votre débiteur est un homme influent et les magistrats nous aiment tant que pour vous empêcher de vous perdre, avec cet argent, dans les délices de Capoue, ils s'empresseront de réduire votre note d'un quart ou d'un tiers, heureux encore si vous n'êtes pas regardé comme un vil exploiteur.

Vil exploiteur, le médecin, quand il demande son dû, moins que son dû, (car il y a des choses qui ne peuvent se payer), à beaucoup plus riche que lui..., mais dévoué, humain, lorsque ces magistrats, qui nous vilipendent à qui mieux mieux, ont besoin de nous ; charitable, si nous acceptons les émoluments humiliants des compagnies d'assurances, riches à millions (1), et qui ne pourraient vivre sans nous, lorsque les sociétés de secours mutuels et autres s'engraissent à nos dépens.

(1) Valeur de l'action des différentes Compagnies d'assurances contre les accidents : Préservatrice, 2000 fr. — Soleil, 540. — Urbaine, 500. — Prévoyance, 650. — Abeille, 450. — Phénix, 310. — Secours, 185. — Patrimoine, 135. — Caisse de Secours, 75 francs.

Elle est jolie, votre liberté, mon Cher Confrère, vis-à-vis de toutes les collectivités.

L'indépendance, sachez-le, pauvre, solitaire, aboutit souvent à la misère physique, quelquefois à la déchéance morale. La solidarité seule, protégera les intérêts de chacun et de tous et nous maintiendra dans les principes de dignité professionnelle que nous ont laissés nos anciens.

Quoi ! quand il s'agit d'entrer dans nos rangs, d'observer les articles déontologiques qui ont été faits par nous, pour nous, vous prétextez de vains mots : *asservissement, enchaînement du libre arbitre*, et vous vous empressez ensuite de passer sous les fourches caudines d'individus qui vous usent et vous traitent d'imbécile !

Mettez donc dans un plateau de balance les résultats de votre si chère indépendance, mettez dans l'autre votre dignité d'homme, de médecin, les avantages que tous nous avons tirés de notre association et dont vous profitez sans avoir participé en rien à nos charges (ceci soit dit sans reproche), et vous verrez qui l'emportera !

Ces avantages vous les connaissez, mais je veux vous les rappeler en quelques mots :

Jusqu'au 1er janvier 1883, nous touchions des communes, pour les indigents, vaccination comprise la somme de 16.541 fr.

En l'an de grâce 1897, le corps médical de la Haute-Saône reçoit des communes, 1° la somme de 41.320 fr ; 2° pour la vaccination 7.000 fr.

Et il recevra désormais, pour chaque accouchement simple 15 fr ; compliqué 25 fr.

Dans l'ordre judiciaire, un de nos confrères, le Dr Bl... de G... a pu, en s'appuyant sur une note émanant du syndicat, obtenir du tribunal de Vesoul, le paiement intégral d'honoraires très importants....

Mais nous voulons encore mieux !... Nous voulons obtenir des sociétés de secours mutuels, des sociétés d'assurances sur la vie et les accidents, une rétribution plus sérieuse. — Voici ce que l'assemblée générale du syndicat a décidé dans sa séance du 31 juillet dernier :

1° Les membres des sociétés de secours mutuels seront considérés comme appartenant à la 3e catégorie des malades et paieront comme elle.

2° Les sociétés d'assurances contre les accidents donneront 6 francs pour les deux certificats de constatation de blessures et de guérison ; 3 francs pour chaque certificat complémentaire dans le cours de la maladie ; 50 cent., en plus des certificats, par kilomètre parcouru hors du domicile du médecin, à l'aller et autant au retour.

En outre, le médecin ne devra aucun soin médical et chirurgical aux assurés. Si les sociétés veulent faire soigner leurs blessés, elles devront payer comme pour les malades de la 3e classe.

3° Les sociétés d'assurances sur la vie, donneront 10 fr. par certificat simple ; 15 fr. si elles demandent une analyse qualitative des urines et 0,50 par kilomètre parcouru, à l'aller et au retour, hors du domicile du praticien (1).

Certes, les compagnies vont regimber, mais comment feront-elles pour nous imposer leurs tarifs, si au lieu d'avoir devant elles un seul médecin, elles ont la corporation tout entière. Or, nous sommes actuellement 62 et nous pouvons être 90...

Je m'en f.. tisme Et vous, honoré Confrère, qui par votre fortune personnelle, par votre clientèle, supposez être l'abri du besoin, lisez ce que j'ai écrit dans le compte rendu de l'année 1896 (pages 23, 24 et 25). Méditez-le, lors même que vous n'avez rien à craindre de la fortune adverse. Pensez à ceux des

(1) Les Compagnies d'assurances sur la vie sont très riches. — L'action de l'Assurance Générale vaut 67.000 francs. — La Nationale, 35,000. — Le Phénix, 36,000. — L'Union, 5,500. — Le Conservateur, 2,000. — L'Urbaine, 1,650 et 800. — L'Abeille, 780. — La France, 525.

nôtres, tout aussi méritants que vous, et qui peuvent à peine, par un labeur incessant, joindre les deux bouts de l'année. Ne restez pas à l'écart, donnez l'exemple de la confraternité, allez-y de votre argent, de votre adhésion pleine et entière.

Que tous, riches ou pauvres, vieux et jeunes, viennent à nous et se fassent inscrire sur nos listes, 10 francs par an, c'est peu pour chacun de nous et c'est beaucoup, car cette petite somme, répétée un grand nombre de fois, remplira la caisse syndicale, nous permettra de nous défendre contre qui nous attaquera injustement et d'offrir notre obole aux blessés de la magistrature. Remarquez du reste que vous n'êtes pas obligé d'assister à nos séances lors même que ce serait une excellente chose.

Mais si, pour un motif quelconque, vous ne pouvez ou ne voulez pas être membre de l'association, donnez quand même votre adhésion.

Je vous envoie, sous ce pli, un questionnaire auquel vous voudrez bien répondre et pour vous obliger à le faire, vu que vous êtes, comme les camarades, passablement insouciant de vos intérêts, j'y joins un timbre.

Le Secrétaire du Syndicat,

Le questionnaire était le suivant :

Monsieur et honoré Confrère,

1. — Voulez-vous faire partie du Syndicat Médical de la Haute-Saône ?

2. — Si non, adhérez-vous à notre tarif et promettez-vous de le suivre ?

3. — Promettez-vous de ratifier ce que nous ferons vis-à-vis des collectivités : Assurances sur la vie et les accidents, Sociétés de secours-mutuels et autres ?

4. — Donnez-moi les noms des Compagnies d'assurances, des Sociétés de secours mutuels et autres avec lesquelles vous êtes en relations !

5. — Indiquez-moi le chiffre des honoraires que vous recevez desdites compagnies pour les services que vous leur rendez !

Signature du Médecin :

Après avoir reçu les adhésions des confrères que vous connaissez, le Secrétaire envoya aux divers directeurs ou présidents des sociétés ou compagnies dont nous sommes les médecins, des circulaires, que tous syndiqués ou non syndiqués vous avez entre les mains. Ces circulaires étaient accompagnées de la lettre suivante adressée aux médecins seuls.

Monsieur et honoré Confrère,

Les Cies d'Assurances et les Sociétés de Secours Mutuels dont les noms suivent, ont reçu les Circulaires que je vous ai adressées. Ce sont :

1. — *Assurances sur la vie.*

L'Abeille. — L'Aigle. — La Caisse Gén. des Familles. — La Centrale. — La Foncière. — La Famille (adresse inconnue). — La France. — La Fourmi. — La Générale. — La Métropole. — Le Monde. — La Providence. — Le Phénix. — La Nationale. — Le Soleil. — L'Urbaine. — L'Union.

2. — *Assurances contre les accidents.*

L'Abeille. — Assurances agr. et industr. — La Caisse synd. des Industries textiles de France. — L'Eternelle. — L'Espérance. — La France Industrielle. — La Française. — La Prospérité (adresse inconnue.) — La Providence. — La Préservatrice. — La Prévoyance. — La Réparatrice. — Le Secours. — Le Soleil. — L'Urbaine et la Seine. — La Zurich. — La Wintherthur.

3. — *Sociétés de secours mutuels.*

Cantonniers et Instituteurs de la Haute-Saône (1).

Dès maintenant vous *devez* et *pouvez* exiger de ces Cies les prix de notre tarif.

Vous *devez* le faire, car ces Cies, dont la plupart sont riches, à en juger par le taux de leurs actions, nous exploitent le plus qu'elles peuvent. Quelques-unes vont même jusqu'à modifier leurs tarifs, selon les contrats passés avec leurs agents, les chefs d'entreprises et aussi d'après le degré de résistance opposée par le médecin ; c'est tantôt 5, tantôt 6 et même 7 fr. pour les 2 certificats de constatation et de guérison. Plusieurs offrent de 6 à 10 fr. pour les 2 certificats et les soins à donner aux blessés.

Parmi les assurances-vie, il est des Cies qui donnent 10 ou 15 fr. pour le certificat et l'analyse qualitative des urines, sans indemnité de déplacement, et d'autres, 1 à 2 seulement, qui, en plus des 10 ou 15 fr., paient 1 fr., par kilomètre, hors du domicile du médecin.

Il n'est guère que les Cies anglaises et américaines qui nous rémunèrent d'une façon convenable ; aussi est-il inutile de leur envoyer des circulaires.

Vous *pouvez* le faire car désormais les Cies n'auront plus à traiter avec le praticien isolé, mais encore avec la corporation presque entière du la Haute-Saône, vu que, en plus des 62 membres du syndicat, 13 autres de nos confrères ont adhéré à notre tarif et promis de ratifier ce que nous ferons vis-à-vis des collectivités. Nous sommes donc 75 sur 88 médecins exerçant dans le département et *quelques-uns n'ont pas encore trouvé le temps de me répondre.*

Certes, les Cies vont résister et employer tous les moyens inimaginables pour continuer leurs manières d'agir. Mais dussiez-vous perdre les quelques francs qu'elles vous offrent, résistez et si nous le faisons tous avec ensemble, elles seront obligées de céder. Dites à leurs agents : « Il m'est impossible maintenant d'accepter vos prix. Le Syndicat des Médecins de la Haute-Saône dont je fais partie, a adressé à vos directeurs une circulaire semblable à celle-ci, (que je vous ai envoyée dernièrement) indiquant notre tarif honoraires, auquel je suis obligé de me soumettre. Si de votre côté, votre Cie ne veut pas me donner ce que je dois vous demander, je cesserai d'être son médecin. N'oublions pas qu'il faut être solidaires les uns les autres ; sans solidarité, nous ne pouvons rien ».

Il est cependant un cas où vous pouvez transiger : C'est quand il y aura, dans les communes où vous exercez, des clients appartenant à des confrères dissidents. Vous reprenez de ce fait toute votre liberté.

Soyez toujours sur vos gardes quand un agent vous présentera une lettre de nomination de Médecin d'une Compagnie. N'acceptez qu'après lecture attentive des divers articles, et quand vous vous serez assuré qu'il n'y a pas un petit, un tout petit paragraphe, qui dit que vous devez donner gratis les premiers soins ou que vos honoraires seront fixés à 5, 6 ou 7 fr. par sinistre constaté, *soigné* et liquidé.

Le Secrétaire du Syndicat,

Les Médecins qui ont accepté notre *modus faciendi* sont MM.

Bertrand, de Saint-Loup ; Caresche, de Marnay ; Deubell, de Lure ; Emourgeon, de Pin-l'Emagny ; Godot, de Conflans ; Guyot, de Valay ; Guyot, de Tromarey ; Glorget, de Montagney ; Grenet, aîné, d'Héricourt ; Gourmet, de Champlitte ; Jacquin, de Vesoul : Laurent, de Vitrey ; Lompré, de Champlitte Milleret, d'Apremont.

Réponses des Compagnies.

Trois compagnies ont répondu à mes circulai-

(1) Je ne parle que des Cies d'assurances et des Sociétés de secours mutuels qui peuvent faire appel à tous les médecins du département. Quant aux sociétés industrielles et aux sociétés locales de secours mutuels, j'estime que les confrères, chargés de donner les soins nécessaires à leurs malades, devront traiter directement avec elles, car ils sont à même de connaître leurs besoins et leurs ressources. Il n'en est pas moins vrai que le Syndicat est tout disposé à intervenir, si besoin est, par l'envoi de ses circulaires.

res : L'*Abeille-Vie*, le *Phénix-Vie* et la *Nationale-Vie*.

La 1re dit : nous désirons que les médecins régulièrement accrédités auprès de notre compagnie et qui ont accepté nos conditions nous écrivent directement pour les dénoncer.

La deuxième m'écrit « pour compléter vos renseignements et nous permettre de prendre bonne note des indications contenues dans votre circulaire, nous vous serions très obligés de fournir la liste des médecins ayant adhéré au syndicat ».

J'ai répondu que 78 sur 88 médecins exerçant dans la Haute-Saône avaient adhéré à notre tarif.

La *Nationale-Vie* regrette que la mesure prise l'ait été sans aucune entente préalable avec les compagnies d'assurances sur la vie. Elle dit qu'un accord eût sans doute pu facilement s'établir entre notre association et elle sur les bases d'un tarif peut-être plus élevé que celui-là même, que nous avons adopté pour les assurances importantes, mais moindre de 15 fr. pour les examens, avec analyse qualitative, des assurables souscrivants de petits contrats.

J'ai reçu la visite de l'Inspecteur général de la compagnie, annoncée d'ailleurs, qui n'a fait que répéter ce que la lettre de la compagnie m'avait appris. Je lui ai dit « que nous médecins, nous n'avions pas à intervenir entre la compagnie et ses clients, que si les petites assurances ne lui rapporteraient que fort peu, elle s'en dédommageait amplement sur les autres, vu que l'action *Nationale-Vie* était estimée 35 000 fr. J'ai ajouté que du moment qu'elle nous demandait un examen aussi complet pour les assurances faibles que pour les fortes, je ne voyais pas bien de quel droit elle voulait nous payer mieux les unes que les autres, qu'elle n'avait qu'à supprimer l'examen des urines et qu'alors le prix serait comme par le passé, de 10 fr. »

Je ne saurais trop le répéter, soyons solidaires les uns des autres et nous l'emporterons, car les collectivités ne peuvent rien sans nous. Imitons les médecins de V... qui, dernièrement par l'accord qui existe entre eux, ont forcé une compagnie sur les accidents, la X..., à donner les prix indiqués sur la circulaire accidents.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale française. Secrétariat général : 93, *boulevard Saint-Germain, Paris. Réunion du* 4 *novembre* 1898. — Le 4 novembre 1898 a eu lieu la 42e réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. Cornil. — Vingt-deux personnes y assistaient.

I. — Le Secrétaire général a donné connaissance de la lettre reçue de la Direction de l'*Exposition de 1900*, à propos de la visite des Chantiers. Une circulaire explicative a été envoyée en son temps aux membres de l'Association.

II. — M. Bérillon a rendu compte de sa mission comme délégué de l'Association au *Congrès international d'Hydrologie de Liége*.

III. — Seront mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion les questions suivantes :

1° Le *Congrès de Déontologie médicale de 1900*. (Proposition de M. Noir.)

2° Organisation en 1900 d'un *Congrès international de la Presse médicale*, fonctionnant d'une façon autonome (Proposition de M. Blondel), ou comme section spéciale du grand Congrès international des Sciences médicales (Idée émise au Congrès de Rome en 1894).

3° Création du *Club médical* à Paris (Proposition de M. Doléris).

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

Opérations illégales. — Un grand journal nous informe que depuis quelques mois 16 ou 17 médecins anglais, se sont fait arrêter pour opérations illégales, visant surtout l'avortement, et quatorze d'entre eux ont été condamnés ; le dernier, entre autres, à être pendu, ce qui ne s'était pas vu depuis 1852.

Quoiqu'il faille l'unanimité des voix du jury, dans les tribunaux anglais, pour rendre le verdict valable, et que ce soit là une précaution de grande importance, il est encore permis de rester étonné devant pareille abondance de cas réclamant une justice aussi sommaire? Nos voisins d'Outre-Manche admettent pourtant bien l'erreur judiciaire dans la magistrature des autres pays ! Ont-ils donc le monopole de l'infaillibilité ?

Un interne des hôpitaux victime du devoir professionnel. — Le corps de l'Internat vient de faire une perte cruelle en la personne de Louis Toupart, âgé de 24 ans, interne en médecine à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr H. Martin.

C'est en se dévouant aux malades atteints de fièvre typhoïde, que Toupart a lui-même contracté la maladie à laquelle il a succombé, malgré les soins les plus touchants dont il a été entouré par son chef et par tous ses camarades. Encore un nom à ajouter au long martyrologe des courageux étudiants qui ont sacrifié leur vie pour sauver celle des malades qui leur sont confiés. Le corps de l'Internat conservera pieusement le souvenir de Toupart dont le courageux dévouement honore la profession médicale toute entière.

Bibliographie. — Vient de paraître :

1° *Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière.* 2e Série : **Névroses et idées fixes**, 2e vol. — *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par M. le Dr F. Raymond, professeur de la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, et le Dr Pierre Janet, directeur du Laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière ; 1 vol. gr. in-8°, avec 97 figures dans le texte, 14 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.

2° Chez A. Maloine, Librairie médicale, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris : *Leçons cliniques sur la Syphilis*, par le Dr E. von During, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Ecole impériale de médecine de Constantinople, médecin en chef du service des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital de Haïdar-Pacha. Ouvrage traduit de l'allemand et annoté par le docteur Léon Derville, professeur à la Faculté catholique de Lille, médecin du dispensaire Saint-Raphaël, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° relié, de XXIV-360 pages avec 11 figures dans le texte et 16 photogravures hors texte.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4306. — M. le Docteur Guigues, de Saint-Genis-d'Aoste (Savoie), présenté par M. le Directeur.

N° 4307. — M. le Docteur Carlet, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Peltre, de Bray-Lu (Seine-et-Oise), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 48 26 NOVEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Nos diverses assemblées générales se sont tenues, dimanche dernier, au restaurant Marguery, ainsi qu'il avait été annoncé.

L'*Association amicale* a ouvert la marche et les rapports, si réconfortants, du Secrétaire général et du Trésorier ont reçu le chaleureux accueil qu'ils méritaient. *L'Association* compte en ce moment 504 membres; elle a en caisse une réserve de 90.000 francs : elle peut donc envisager l'avenir avec confiance. Les services qu'elle rend ne se discutent pas et son utilité devient chaque jour mieux comprise.

Est alors venu le tour du *Sou médical*. Le Dr Jeanne a pu annoncer, aux applaudissements des nombreux confrères qui l'écoutaient, que, pour sa première année, le Sou est intervenu dans quarante-cinq affaires et que quarante-cinq fois avec le succès pour ses membres. Il a ajouté que de nouvelles instances étaient en cours et que le résultat ne lui paraissait pas douteux.

Le Trésorier a ensuite donné les comptes provisoires de 1898, d'où il résulte que le nombre des membres dépasse 325 et que les cotisations rentrent avec régularité.

Aussi la gestion du Bureau provisoire a-t-elle été approuvée par acclamation.

Les statuts ont alors été définitivement adoptés et on a procédé à la nomination du Bureau définitif. Ont été élus :

Président : Dr Cézilly.
Vice-Présidents : Dr Legendre, Dr Lepage.
Secrétaire-général : Dr Jeanne.
Trésorier : Dr Gassot.
Secrétaire des séances : Dr Mignon.
Syndics : Drs Rousseau, de Grissac.
Trésorier adjoint : Dr Bazot.

Voilà donc encore une œuvre en *bonne voie*; elle fera parler d'elle, on en peut être certain.

L'Assemblée du « Concours » a terminé la séance.

Des questions fort importantes y ont été examinées et, comme toujours, les solutions en seront poursuivies avec ténacité. Il est impossible que le médecin, auquel, suivant une expression malheureusement trop juste, les pouvoirs publics attribuent toujours le régime de la nation la moins favorisée, se trouve encore, de par les services sociaux qu'il peut rendre, privé des droits à l'éligibilité qu'on ne conteste à personne autre. Il est impossible que cette expression vide de sens, *le tarif de l'assistance médicale gratuite*, trouve plus longtemps place dans les lois, règlements, arrêtés destinés à régler les problèmes sociaux. L'Etat n'a jamais contesté les honoraires des avoués, des notaires, des architectes, — de quel droit supérieur vient-il réduire, d'office, ceux des médecins ?

Les relations avec les mutuelles, avec les so-

ciétés d'assurances, ont encore été abordées, puis la loi sur la pharmacie, la loi sur la protection des enfants du premier âge, etc., etc... Le procès-verbal que nous donnerons, dans le prochain numéro, relatera par le menu toutes ces discussions.

Qu'il nous suffise, aujourd'hui, de constater que, plus que jamais, nos confrères sentent la nécessité de se sentir les coudes, de ne pas éparpiller leurs efforts et d'offrir une résistance sérieuse aux dangers qui menacent la profession.

Le banquet a suivi les réunions. Un certain nombre de nos convives habituels se sont excusés à la dernière heure. Salle absolument comble et joyeuse confraternité sur toute la ligne. Aussi le Dr Jeanne n'a-t-il fait que constater ce qu'il avait sous les yeux, lorsque, à l'heure des toasts, il a bu à la camaraderie médicale.

Mais n'anticipons pas.

Le Dr Cézilly a ouvert la série en rappelant les noms de tous les collaborateurs qui, depuis les débuts même du Concours, l'ont aidé à édifier l'œuvre actuellement si brillante. Il a porté leur santé, en même temps que celle de deux collaborateurs nouveaux qui assistaient à notre banquet, pour la première fois, mais se sont mis à notre entière disposition : M. le professeur Labbé, sénateur, pour les questions d'éligibilité et la loi Roussel, et M. le Dr Dubuisson, député, pour la loi sur les accidents du travail.

Le professeur Labbé a remporté un véritable succès en disant qu'ouvrier de la dernière heure, il n'en était pas moins rempli de la meilleure volonté et que ses confrères pouvaient compter sur lui.

C'est M. Maurat qui avait à remplir l'agréable tâche de remercier nos conseils et collaborateurs extra-médicaux : il l'a fait dans des termes dont ils se sont montrés très flattés, et M. Gatineau, conseil judiciaire du *Sou médical*, qui lui a répondu en leur nom, a bien su le lui dire, en un langage où perçait une vive admiration pour le corps médical et ses manifestations de solidarité.

Pour la fin, une motion qui a été accueillie avec enthousiasme : le Dr Gassot, incité par de nombreux confrères, a proposé qu'à l'assemblée générale de 1899, en fêtant la vingtième année du Concours et le premier million acquis par ses œuvres, on fêtât aussi le Dr Cézilly et qu'on lui offrît, au nom de tous, un témoignage de reconnaissance, d'estime et d'amitié.

Notre excellent Directeur, au milieu des applaudissements sans cesse renaissants, a pu prononcer à peine quelques mots, pour remercier ses confrères et demander qu'on associât, à ce témoignage de reconnaissance, son collaborateur de la première, comme de la dernière heure, le Dr Gassot.

Le Dr Archambaud a terminé la série avec l'humour qu'on lui connaît et qui lui a valu un triple ban.

Puis, les flots d'éloquence étant taris, on a quitté la salle à manger au milieu des causeries et des promesses de se retrouver l'an prochain.

Quelles journées réconfortantes que ces Assemblées du Concours ! Que de travail efficace ! Que de résultats palpables et que de franche et cordiale gaîté !

Et comme ils auront raison ceux qui, à l'appel qui vient de leur être fait, pourront répondre : nous resterons fidèles et nous ne sommes pas de ceux qui oublient.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des luxations anciennes de l'épaule.

M. le Dr *Hennequin* a communiqué, à la Société de chirurgie, son opinion sur la conduite à observer dans le traitement des luxations anciennes de l'épaule. Pour lui, le traitement sanglant doit être employé seulement dans des cas exceptionnels ; ce n'est pas, en effet, après une ou deux tentatives de réduction, restées sans succès, qu'on doit déclarer la luxation irréductible. Il pourrait citer de nombreux exemples dans lesquels on a obtenu la réduction, alors qu'il était question de recourir à une opération. Dans un cas, notamment, il a eu l'occasion d'intervenir, six semaines après l'accident, chez un homme de quarante-cinq ans, qui, en tombant de 5 à 6 mètres de hauteur, s'était fait une double luxation sous-coracoïdienne ; on avait déjà fait, sans résultat, deux tentatives de réduction avec les moufles, sous le chloroforme ; or, dans la même séance, et au premier déclanchement, on a vu ces deux luxations se réduire. Chez la femme, les tissus fibreux, qui opposent de la résistance aux tentatives de réduction, paraissent s'organiser moins vite que chez l'homme, et les luxations peuvent être réduites plusieurs mois après l'accident, sans qu'on ait besoin de pratiquer une opération.

La radiographie appliquée au diagnostic de la coxalgie.

M. le Dr *Redard*, de Paris, a eu déjà plusieurs fois l'occasion de constater les services que peut rendre la radiographie pour le diagnostic précoce de la coxalgie.

Sur de bonnes épreuves radiographiques, les lésions de la coxalgie sont nettement indiquées dès le début de cette affection. Voici ce que l'on peut voir sur les épreuves radiographiques :

Atrophie du fémur et du bassin du côté correspondant à la coxalgie ;

Teinte claire de tout le fémur, indiquant des lésions dans toute l'étendue de l'os ;

Teinte foncée indiquant des fongosités ou la présence d'abcès froids;

Os spongieux, à petites cavités anfractueuses,

moins denses, tassés ; tête fémorale irrégulière, des trochanters au col, diminution de l'angle du col du fémur, lésions de la cavité cotyloïde ;

Séquestres, foyers osseux intra ou extra-articulaires ;

Luxation ou sub-luxation de la tête fémorale ;

Inclinaison vicieuse du bassin.

Dans un assez grand nombre de cas, les radiographies démontrent que la coxalgie apporte un retard dans la soudure de l'épiphyse supérieure du fémur.

D'après ces indications, on peut établir un diagnostic précis de l'affection et de ses particularités, différencier la coxalgie de l'ostéomyélite, des lésions périarticulaires, juxta-coxales et des arthrites de diverse nature, instituer un traitement basé sur les conditions anatomo-pathologiques. L'intervention, sanglante ou non sanglante, sera d'autant plus sûre que l'on connaîtra mieux l'état, les déplacements et les déformations des parties malades. L'étude du bassin coxalgique sera facile et permettra de corriger les inclinaisons vicieuses pelviennes par la thérapeutique approoriée. La démonstration, par la radiographie, des modifications de forme de la tête fémorale et du bassin, des subluxations légères de l'extrémité supérieure du fémur, guidera notre thérapeutique et nous renseignera sur les résultats que les redressements ou les opérations sanglantes pourront donner.

Avant les interventions sanglantes, la radiographie nous indiquera encore l'étendue, le siège des lésions, l'existence de séquestres ou de foyers extra-articulaires.

La chloroformisation.

M. le professeur *Berger* vient de consacrer une leçon clinique à l'étude de la chloroformisation ; il a formulé, d'une manière claire et précise, les règles qui doivent être présentes à l'esprit de tout praticien, appelé à administrer le chloroforme.

Il importe avant tout de se rappeler que la chloroformisation exige une attention continue et rigoureuse, à l'égard des phénomènes physiologiques produits par le chloroforme sur l'économie.

Il en est un dont l'observation doit primer tous les autres, ce sont les phénomènes que l'on observe du côté de la respiration ; les perturbations de cette fonction annoncent presque toujours la proximité des accidents ; *cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.*

L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes oculaires, ont une importance presque égale ; jamais, dans une chloroformisation régulière, le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses, qui indique un trouble certain de la circulation.

La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation, troublée dès le début, sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

Le chloroforme doit être administré d'une manière continue, au début et pendant la période d'excitation ; il doit être donné avec des intermittences réglées, dans la période de tolérance.

Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses, voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci, jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

Avant toutes choses, enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, les accidents pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir du chloroforme, sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir.

Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections sous-cutanées d'euphorbe.

M. le Dr *Pénières*, de Toulouse, a de nouveau parlé à l'Académie de Médecine, de ses essais heureux de traitement par la résine d'euphorbe émulsionnée, en injections sous-cutanées, contre la tuberculose ganglionnaire.

L'émulsion d'euphorbe est préparée de façon à contenir un quart de milligramme d'euphorbe par centimètre cube de liquide à injecter.. L'injection est faite dans le tissu cellulaire, au niveau du ganglion à faire résoudre : la pénétration dans le ganglion déterminerait, en effet, une douleur et une tuméfaction inutiles. La quantité du liquide à injecter est de 1 ou 2 centimètres cubes. Il n'y a pas de fièvre et le malade peut vaquer à ses occupations.

Les adénites monoganglionnaires sont ordinairement guéries par deux ou trois piqûres espacées. (*France méd.*)

M. Pénières cite l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, qui présentait une polyadénite monstrueuse du côté droit du cou, — du côté gauche, pour une tumeur analogue, elle avait subi plusieurs opérations chirurgicales qui avaient balafré son cou de cicatrices vicieuses ; — à droite, elle était presque inopérable ; la tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus, s'enfonçait dans le creux sus-claviculaire ; en haut elle comprimait le conduit auditif et déterminait de la surdité, sa surface était parsemée d'ouvertures fistuleuses, qui suppuraient abondamment et la respiration était devenue difficile. En quelques mois, au moyen d'une dizaine de piqûres faites très irrégulièrement, l'enfant a guéri, la peau est devenue souple et blanche et la surdité, par compression, a disparu.

Les corps étrangers du nez chez les enfants.

M. le Dr *Molinié*, de Marseille, a fait au Congrès de pédiatrie, une intéressante communication sur les corps étrangers du nez chez les enfants, et leur extraction.

« Les fosses nasales de l'enfant, dit-il, se distinguent de celles de l'adulte, non seulement par leur exiguïté, mais encore par une inégalité de rapport, surtout manifeste de la naissance à la cinquième année. La région respiratoire est étroite et peu élevée, tandis que la région olfactive est bien développée. On constate à la naissance le diamètre restreint de l'orifice des narines, encore rétrécies par la saillie du pli du vestibule. On note encore l'absence de méat inférieur, en raison du contact du bord libre du cornet inférieur avec le plancher des fosses nasales, le développement assez considérable de l'entrée du méat moyen, surtout dans sa portion antérieure et son rétrécissement vers les parties profondes.

Les fosses nasales postérieures et la cavité naso-pharyngienne, sont caractérisées, au point de vue morphologique, par la prédominance du diamètre sagittal sur les diamètres vertical et transversal.

Cette disposition anatomique influe sur la nature, le mode d'introduction et le siège des corps étrangers ; elle interdit en outre certaines manœuvres qui, efficaces chez l'adulte, sont nuisibles chez l'enfant.

Par sa présence, le corps étranger produit l'obstruction des narines, la sécrétion fétide, la déviation de la cloison, et, comme conséquence éloignée, le coryza caséeux et la rhinolithe.

Dans un cas de l'auteur, le corps étranger avait amené, chez une fillette de sept ans, des conséquences encore plus graves : débilité, défaut de croissance, retard du développement du squelette de la face et asymétrie faciale. Il s'agissait d'un bouton de bottine introduit dans les fosses nasales vers l'âge de trois ans et autour duquel s'étaient accumulées des masses caséeuses, qui avaient atteint un volume démesuré ; ces conséquences fâcheuses imposent l'ablation immédiate du corps étranger ; on peut y procéder d'une façon indirecte ou directe. Dans le premier cas, on fait souffler l'enfant par le nez en bouchant la narine saine, ou bien encore on provoque un éternuement en chatouillant la pituitaire en dehors ; on peut encore souffler une prise par la narine saine au moyen d'une sonde ou d'un ballon de Politzer, en même temps qu'on fait faire au malade un mouvement de déglutition. Mais il faut s'abstenir absolument de la douche nasale, inutile et dangereuse.

Les tentatives d'extraction directes doivent être faites sous le contrôle de la vue, au moyen d'une pince ou d'un crochet ; dans aucun cas, il ne faut tenter de refouler le corps étranger dans le naso-pharynx, à cause du rétrécissement des fosses nasales dans leur région postérieure. On doit réserver ce procédé au cas de corps étrangers enclavés dans les choanes, que l'on mobilisera au moyen d'une sonde introduite par la narine saine. Une fois libres dans le naso-pharynx, ces corps étrangers seront saisis avec une pince spéciale ou avec le doigt ; mais on doit pratiquer ces manœuvres, en ayant, au préalable, mis l'enfant dans le décubitus dorsal avec la tête pendante.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Guérison des adénites cervicales sans cicatrices.

Pour M. le Dr *Calot*, de Berck, il n'est pas bon d'employer pour guérir les ganglions tuberculeux, l'extirpation de ces ganglions, car il est rare que cette opération ne provoque pas des cicatrices et des stigmates fort disgracieux.

L'évolution spontanée des adénites cervicales, dit-il, les conduit dans un temps plus ou moins rapide, soit à la résolution, soit au ramollissement. La résolution spontanée n'est pas rare. Quant au ramollissement, il est désirable, car il permet la guérison sans cicatrice, avec l'aide du chirurgien. Avant que la peau ne soit altérée, il faut traiter ces petits abcès froids par des ponctions pratiquées avec une très fine aiguille et les injections modificatrices, et 99 fois sur 100, on obtiendra une guérison complète et sans cicatrice.

Lorsque, malgré un séjour de six mois, un an, deux ans, au bord de la mer, le ganglion reste induré et volumineux, on provoquera par une action directe sur la masse ganglionnaire cette résolution ou ce ramollissement désirés.

De tous les liquides que M. Calot a successivement injectés avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, dans les ganglions malades, celui qui a le mieux réussi, c'est la solution de chlorure de zinc au 1/50e. L'injection répétée trois à quatre fois, à deux jours d'intervalle, de 2 à 3 grammes de cette solution, a amené presque constamment un commencement de ramollissement ; il continuait ensuite et finissait le traitement par des ponctions et des injections de naphtol camphré.

M. Calot ne fait point d'opération sanglante et la réserve pour les seuls cas où le malade se présente à son observation avec une peau déjà ulcérée ou largement détruite, où, en un mot, il n'y a rien à perdre, où il y a quelque chose à gagner au point de vue esthétique.

Un signe précoce de la rougeole pendant l'incubation.

MM. les Drs *Hutinel* et *Meunier* ont fait dans la *Gazette hebdomadaire*, l'étude des moyens qui sont à la disposition du praticien pour reconnaître la rougeole avant l'apparition de l'éruption, en vue de faire une prophylaxie efficace par l'isolement précoce. Au signe déjà mis en lumière par M. le Dr Sevestre, l'érythème du voile du palais, ils croient pouvoir en ajouter un autre qui a une réelle valeur : c'est un abaissement notable du poids du corps, indépendant de toute espèce de troubles morbides, digestifs, sécrétoires ou autres.

Cette diminution de poids, ou chute prémorbilleuse, est d'autant plus frappante, qu'elle contraste, chez l'enfant, avec la courbe ascendante d'accroissement physiologique. Elle débute vers le 4e ou 5e jour, à partir de la contagion, c'est-à-dire cinq ou six jours avant l'apparition des premiers symptômes catarrhaux et fébriles, huit ou dix jours avant l'éruption. Elle dure plusieurs jours, le plus souvent, jusqu'au début de l'invasion ; son intensité varie avec les cas, mais sem-

ble indépendante de l'âge du sujet et de la gravité de la rougeole ultérieure. La perte de poids moyenne est de 300 grammes environ, soit 50 grammes par jour, chez des enfants âgés de un à quatre ans ; elle peut atteindre 700 grammes et ne s'est jamais montrée inférieure à 90 grammes.

D'un mécanisme obscur, relevant probablement d'un trouble précoce de la nutrition, provoqué par l'infection commençante, cet abaissement de poids peut n'être pas spécial à la rougeole et appartenir à la phase d'incubation d'autres maladies infectieuses.

Sa constance dans la rougeole et la facilité de sa constatation, en font un signe révélateur précieux, qui trouvera son application, soit en ville, soit à l'école, soit à l'hôpital, chaque fois qu'il s'agira, pour instituer des mesures prophylactiques efficaces, d'être édifié sur l'imminence possible de la rougeole chez un enfant suspect.

Voici quelques exemples donnés par M. Meunier :

Un rougeoleux, en période de contagion, assiste à une réunion enfantine, disséminant ainsi autour de lui le germe de l'affection dont le diagnostic ne sera fait que 2 ou 3 jours après. Les familles, dont les enfants ont été présents à cette réunion et qui auront appris le fait, sont naturellement menacées de l'invasion de la rougeole et tout à fait intéressées à savoir, au plus tôt, si leurs enfants sont ou ne sont pas contagionnés ; ils pourraient en effet ainsi, sauvegarder d'autres sujets, frères, sœurs, nourrissons, en isolant, avant qu'ils ne soient contagieux, ceux qui sont contaminés. Or la chose est jusqu'ici impraticable ; si bien qu'on attend généralement les premiers symptômes fébriles ou catarrhaux pour instituer un isolement, naturellement trop tardif. C'est dans de pareils cas, que la pesée quotidienne, pratiquée pendant une huitaine de jours, viendra combler la lacune ; si, en l'absence de toute complication hétérogène, l'enfant ou les enfants suspects diminuent de poids pendant 3, 4, 5 jours à partir du 2e ou 3e jour de la contagion possible, on pourra considérer comme tout à fait probable l'imminence de la rougeole et prendre, vis-à-vis d'autres enfants, des mesures prophylactiques, *qui seront efficaces*, la période contagieuse n'étant point encore commencée.

Dans les hospices d'enfants ou les écoles du jeune âge, l'application du procédé sera, à notre avis, encore plus précieuse. Il nous suffira, pour justifier cette opinion, de citer un fait remarquable et qui pourra se renouveler en maintes occasions. Un jeune enfant, atteint d'un léger mal de Pott, entre dans le service de M. Hutinel et prend place dans une salle de non-contagieux ; il est sans fièvre, mange et dort bien, a des selles normales. Pesé le jour de son entrée et le surlendemain, il accuse une augmentation normale. Mais voici que les trois pesées suivantes marquent une diminution de poids, qui, au bout de six jours, atteint 270 grammes. Aucun symptôme morbide ne peut cependant être constaté et l'appétit lui-même ne paraît pas modifié. L'enfant est-il en puissance de rougeole ? Toute enquête sur une contagion possible est illusoire, l'enfant étant venu du dehors. Néanmoins on juge opportun de ne pas attendre et on isole l'enfant : dès le surlendemain, apparaît la fièvre et quatre jours après, s'épanouit l'éruption. L'enfant était à l'hospice depuis 14 jours, délai qui permettait de fixer la contagion à la veille ou au jour de son admission. Il est incontestable que, dans ce cas, la pesée avait assuré la prophylaxie et que, grâce à la balance, on avait pu éviter la contamination de toute la salle des non-contagieux.

MÉDECINE PRATIQUE

La dyspepsie des collégiens.

Notre très distingué et très aimé collaborateur des premières années, le Dr *Le Gendre*, vient de faire, au congrès de Pédiatrie de Marseille, une longue et attachante communication sur la dyspepsie chez les collégiens, que nous allons analyser et résumer pour nos amis lecteurs.

Sous la dénomination de collégiens, M. Legendre comprend non seulement les élèves des lycées, des collèges, des pensionnats privés, mais ceux des écoles professionnelles commerciales, industrielles, c'est-à-dire la plus grande partie des enfants de la classe moyenne et de la classe riche.

« Et d'abord, dit M. Legendre, si l'alimentation, dans les établissements scolaires, a été longtemps abandonnée à l'initiative des économes, sans reposer sur aucune base scientifique, de notre temps, on a compris que des règles devaient être fixées ; mais dans l'élaboration de ces règles, on n'a pas toujours tenu un compte suffisant des acquisitions de la physiologie et de la médecine. » Les collégiens sont très certainement mieux nourris qu'autrefois, et cependant, plus on les étudie de près et plus on constate que la dyspepsie est fréquente chez eux. En réalité, cette dyspepsie a toujours existé, mais on n'y faisait point attention dans les générations précédentes.

« Le rôle prépondérant à accorder au tube digestif, dans le développement régulier de l'organisme, n'est plus guère contesté scientifiquement, depuis les travaux *contemporains sur les* dyspepsies. Les praticiens des générations antérieures ne concevaient guère le retentissement de l'alimentation sur l'organisme, que par l'insuffisance des aliments réputés nutritifs ou par la constipation ; de là, chez eux, la préoccupation principale, comme conseillers des directeurs d'établissements scolaires, de faire augmenter la ration carnée et, comme thérapeutistes, d'assurer, par les évacuants, l'exonération de l'estomac et de l'intestin. Nos confrères plus jeunes ont compris que les conditions nécessaires à une bonne digestion, comme à la croissance régulière sont complexes et que ce n'est pas seulement l'augmentation du régime carné qui améliore l'alimentation et favorise le développement des jeunes organismes ; ils ont aussi appris à connaître les troubles digestifs latents qui ne se révèlent que par des troubles à distance, etc., par des arrêts ou des imperfections de développement. Je me suis convaincu de cette évolution si heureuse dans la conscience médicale, par les divergences d'appréciation que j'ai rencontrées chez des confrères, également médecins d'établissements scolaires, suivant leur âge. Ce sont, en général, les confrères âgés qui m'ont affirmé la rareté de la dyspepsie chez les collégiens ; ce sont les mêmes, qui étaient surpris de m'enten-

dre leur parler de la fréquence de l'appendicite, du lien entre beaucoup d'affections cutanées et une dyspepsie latente, etc. Ces divers points de vue nouveaux de la dyspepsie des collégiens sont, au contraire, familiers à la plupart des jeunes médecins, et c'est parmi eux que j'ai recueilli, presque toujours, l'opinion que les troubles digestifs sont, en réalité, plus fréquents chez les enfants et les adolescents, que ne le pensaient nos devanciers. »

I

Mais, qu'entend-on par ce terme « dyspepsie » ?.

On doit entendre par dyspepsie « l'ensemble des troubles de la motricité, de la sensibilité, de la vascularisation, des sécrétions du tractus gastro-intestinal, avec leurs conséquences directes et prochaines, médiates et lointaines. Parmi ces conséquences se placent, en première ligne, les syndromes d'auto-intoxication rapide ou lente, par le contenu vicié du tube digestif et les syndromes de nutrition générale incorrecte, revêtant dans la période de croissance des caractères différents de ceux qu'on voit chez l'adulte.

Dans une première catégorie, se placent les dyspeptiques qui souffrent et qui attribuent d'eux-mêmes leurs souffrances à une digestion incorrecte : ce sont les dyspeptiques atoniques et flatulents, chez lesquels on observe le ballonnement pénible de l'épigastre, les éructations à saveur alimentaire ou nidoreuse, les régurgitations acides, les points douloureux sous-costaux ou dans les hypocondres, le hoquet fréquent, la constipation habituelle, entrecoupée de quelques débâcles diarrhéiques, syndrome qui se développe graduellement et persiste ensuite sans incommoder assez le patient, qui s'y est peu à peu accoutumé, pour le pousser à réclamer impérieusement du soulagement ou à refuser de travailler.

Dans une 2e catégorie, se place le collégien « qui, digérant bien pendant des périodes plus ou moins longues, souvent mangeant vite et beaucoup, n'est pris de malaises douloureux qu'à certains moments : mais alors les douleurs sont très vives, revêtent le caractère de crampes ou de brûlures, ne s'accompagnent pas d'anorexie, sont souvent soulagées par l'ingestion d'aliments et de boissons, reparaissent plusieurs fois par jour pendant toute la période de crise, aboutissent quelquefois à une série de vomissements, à une véritable intolérance gastrique, offrent, en un mot, les principaux caractères de la dyspepsie étudiée depuis longtemps, chez l'adulte, sous le nom d'hyperchlorhydrie ou d'hyperpepsie, mais habituellement méconnue chez l'enfant. Ces crises gastriques, dont le lien avec le nervosisme est connu, surviennent, le plus habituellement, chez des enfants ayant d'autres attributs du tempérament nerveux et à certaines époques de surmenage intellectuel ou physique : périodes de composition, de concours, et, d'après plusieurs observations, masturbation réitérée. Elles paraissent liées, dans certains cas, à des excès d'exercice physique, du moins à des excès relatifs, par disproportion entre la force de l'enfant et la somme d'efforts qu'il a dû faire. Cette gastralgie ou gastro-entéralgie a été constatée plusieurs fois, chez des enfants, qui ont eu ultérieurement des crises d'appendicite ; ce fait n'est pas étonnant, puisque les poussées congestives de l'appareil folliculaire de l'appendice, sont particulièrement fréquentes chez les hyperpeptiques.

« Bien plus nombreux sont les enfants et adolescents des deux sexes, qui ne remarquant pas les difficultés de leur digestion, se plaignent de troubles nerveux, de douleurs vagues qu'on attribue à la croissance ou à l'anémie. Ce sont tantôt des douleurs de tête, tantôt des lassitudes pénibles, des sensations permanentes de refroidissement des extrémités : ou bien, on constate l'inaptitude croissante au travail et le peu d'entrain au jeu, très souvent, l'amaigrissement, le teint jaunâtre et les paupières bouffies, de légères et passagères albuminuries, les signes de la rhino-pharyngite chronique, les poussées d'acné d'une violence insolite, la séborrhée et corrélativement des eczémas des régions séborrhéiques. »

Si, cependant, on questionne bien à fond les enfants ainsi affectés, on trouve qu'ils ont certains troubles dyspeptiques, plus ou moins ignorés : besoin d'élargir les vêtements au niveau de l'épigastre, après chaque repas, hoquet fréquent, soif incessante et bouche pâteuse, garde-robes rares et pénibles, ovillées, ou, au contraire, biquotidiennes, mais jamais moulées, et surtout d'une fétidité spéciale ; il s'y joint souvent une haleine incommode pour l'entourage ou une odeur insolite des sécrétions cutanées, odeur fade et écœurante.

« Si on procède à l'examen physique de ces sujets, on constate une langue sale, un pharynx irrité, sec et granuleux, un estomac qui clapote d'une façon permanente ou dans des limites ultra-physiologiques, dès qu'on fait boire le sujet, des parois abdominales généralement minces, peu résistantes ; on trouve chez eux une faiblesse générale du système musculaire strié et lisse et la dilatation de l'estomac, l'atonie gastro-intestinale qui accompagne et explique la plupart de leurs troubles digestifs et généraux. »

Evidemment, tous les troubles de la croissance ne sont pas attribuables à la dyspepsie et à la dilatation de l'estomac.

Mais chez les enfants à l'école, il faut savoir reconnaître la fréquence des troubles digestifs.

« Sans doute il s'y ajoute, dans une proportion plus grande encore, l'apport de matériaux récrémentitiels. mal appropriés aux besoins particuliers de l'organisme en croissance, et il arrive souvent que, même sans troubler les fonctions digestives, la nature des aliments ne soit pas convenablement choisie.

« Il est de toute évidence que les besoins nutritifs d'un organisme adulte, — non pas seulement, comme on l'a cru longtemps, en ce sens que les aliments doivent être proportionnellement au poids du corps, plus abondants que chez l'adulte, destinés qu'ils sont à subvenir à la fois à l'usure quotidienne et à l'accroissement des tissus — mais aussi parce que certaines substances particulièrement assimilables, ou indispensables à la constitution de la charpente cellulaire, doivent être mises avec une libéralité particulière à la disposition de l'économie.

« Sans entrer dans les détails d'une chimie qui n'est encore qu'imparfaitement connue, on

peut citer les divers phosphates, les chlorures, les nucléines, les graisses phosphorées, la lécithine, substances qu'on trouve les unes dans les graines des céréales, d'autres dans le lait, d'autres dans le jaune d'œuf, dans le poisson. Il faut une quantité importante, mais non excessive d'azote, et cet azote ne doit pas être demandé exclusivement à la viande. »

« Sans doute, une alimentation abondante et variée assure à l'organisme un stock de matériaux, parmi lesquels il puisera suivant ses besoins, mais la surabondance de certains aliments peut, en surmenant les voies digestives, vicier à la fois leurs fonctions et la nutrition générale. Il y a d'autant plus de chances pour qu'il en soit ainsi, que certaines conditions régulatrices du travail digestif et de la destruction complète des déchets de la nutrition (mastication convenable, quantité et nature des boissons, exercice physique suffisant, mais non excessif); sont moins exactement remplies. »

II

D'après des physiologistes éminents, comme Bouchard, Munk, etc., il faut aux enfants des collèges, une nourriture assez analogue à celle qu'ils ont habituellement dans leurs familles, c'est-à-dire suffisamment riche en substances animales. En chiffres approximatifs, il faut :

	de 9 à 15 ans.	de 14 à 18 ans.
Albumine...........	75 à 85 gr.	100 gr.
Graisses............	40 à 45 gr.	50 gr.
Hydrates de carbone	240 gr.	400 gr.

« Pour remplir ces indications on devrait, suivant Munk, donner à tous les élèves 250 grammes de lait par jour : à ceux de neuf à quinze ans, au minimum 150 grammes de viande et au maximum 375 grammes de pain ; à ceux de quinze à dix-huit ans, au minimum 200 grammes de viande et au maximum 450 grammes de pain. »

Les proportions *des principes immédiats* indispensables à l'alimentation de l'enfant en croissance, doivent toujours être étudiées dans la confection des menus des collèges, mais de plus, il est nécessaire d'accorder aux collégiens un temps suffisant pour manger et pour digérer. C'est là encore une lacune sérieuse, dans l'hygiène alimentaire des lycées et des écoles.

« Le temps accordé pour les repas est de quinze à vingt minutes pour le petit déjeuner, d'une demi-heure pour le déjeuner de midi et le souper ; le goûter se confond généralement avec une récréation d'une demi-heure.

« La durée des deux repas principaux et même du premier déjeuner, me semble insuffisante. Il y aurait lieu, je crois, d'augmenter d'un quart d'heure la durée officielle de chacun des deux repas principaux, de cinq minutes celui du premier, et de faire faire par les maîtres de fréquentes recommandations aux élèves, au sujet des inconvénients d'une ingestion trop précipitée et d'une mastication insuffisante.

« Un des bons moyens d'obtenir une plus grande lenteur dans les repas, est de favoriser les conversations.

« La récréation qui suit le déjeuner de midi est d'une heure ; après le premier déjeuner un quart d'heure, au moment du goûter une demi-heure. Après le souper, dans certains établissements, les élèves se couchent immédiatement ; dans d'autres, on accorde encore, aux élèves plus âgés, une demi-heure ou une heure soit de récréation, soit d'étude supplémentaire. Il serait toujours désirable, je crois, qu'une récréation d'une demi-heure, de préférence avec mouvements, fût accordée après le souper. »

En général, les économes ou cuisiniers ne s'occupent que de fournir une ration de viande suffisante : substances grasses, farineux, féculents, légumes herbacés, fruits, pain, boissons, se distribuent au hasard de l'approvisionnement ou du caprice de chacun. C'est un tort, car la viande n'est pas seule indispensable : le poisson, les œufs, le lait, le fromage, l'albumine végétale, le beurre, l'huile sont des aliments de grande utilité, mais à condition de les donner en certaines proportions, leur digestibilité et leur assimilation n'étant pas égales.

Pour la viande, l'administration catégorise les élèves un peu arbitrairement et divise les rations suivant 3 âges : les petits au-dessous de 11 ans, qui ont 50 gr., les moyens entre 12 et 15, qui ont 60 gr., les grands au-dessus de 15 ans, qui ont 70 grammes. C'est là une division arbitraire et insuffisante.

La répartition des rations, pour les enfants en croissance, ne saurait être aussi simple que celle des aliments aux hommes de 20 ans à la caserne.

Un collège a amélioré cette subdivision par âges d'enfants et a proportionné assez physiologiquement les rations de viande. Les enfants sont répartis en cinq tables, suivant leur âge, et non pas suivant la classe :

De 6 à 8 ans........	Viande,	50 gr.
De 8 à 10 ans.......	—	60 —
De 10 à 12 ans......	—	70 —
De 12 à 14 ans......	—	80 —
Au-dessus de 14 ans	—	90 à 100 gr.

M. Le Gendre approuve cette division et la trouve plus conforme aux données de la physiologie.

L'alimentation par le poisson est bonne, à condition d'être sagement répartie une ou deux fois par semaine. Les œufs sont trop parcimonieusement donnés.

« La ration des *matières grasses* et leur nature, n'est pas réglementée et ne paraît pas avoir préoccupé les rédacteurs de ces menus. A ce point de vue, il y a lieu, sans doute, de tenir compte des goûts et des habitudes liées au pays d'origine des élèves. En général, l'emploi de la graisse, de l'huile ou du beurre dans la cuisine, dépend à la fois de la facilité avec laquelle on se les procure dans le pays et du prix de revient.

« Sur les menus de tous les établissements scolaires, figure la *soupe* une fois par jour, généralement au repas de midi, quelquefois deux, la soupe alternant au premier déjeuner avec le café au lait et le chocolat. La soupe est un excellent aliment, à la condition d'être bien faite, assez cuite, d'une consistance convenable et en quantité modérée.

« Les *légumes* sont donnés à discrétion, dans tous les établissements et figurent presque toujours aux deux repas principaux.

« Les féculents et farineux sous les espèces, pommes de terre, haricots, lentilles, pois et fèves, figurent naturellement le plus souvent sur les menus pendant six mois ; ces végétaux, sauf

les pommes de terre, ne sont que très exceptionnellement réduits *en purée*, et cela est regrettable au point de vue de beaucoup d'intestins. Parmi les façons d'accommoder les pommes de terre, la friture, si recherchée des enfants, ne doit être qu'exceptionnelle.

« Les légumes herbacés et racines comestibles sont représentés, dans les saisons propices, par l'oseille, les épinards, choux et choux-fleurs, haricots verts, pois, artichauts, salsifis, asperges ; il importe que ces végétaux soient très cuits. Les salades crues figurent deux fois par semaine, les artichauts poivrades, les radis, les concombres assez souvent dans certaines régions. Il n'y a pas lieu d'encourager l'usage fréquent des crudités, nuisible à beaucoup de tubes digestifs.

« Comme dessert on regrette de ne trouver que rarement, sur les menus, les fromages, du moins ceux qui ne sont ni trop faits ni trop salés. Les entremets à base de lait et d'œufs (crèmes, soufflés, gâteaux de riz ou de semoule) figurent beaucoup plus souvent qu'autrefois, et il y a lieu de s'en féliciter, sur les menus des collèges, de même que les *fruits cuits*. Les *fruits crus*, dans la saison, figurent souvent ; ils sont quelquefois d'une qualité défectueuse, trop peu mûrs ou avariés.

« Le *pain* est donné à discrétion presque partout et il y peut-être quelqu'inconvénient ; il y en a certainement quand ce pain est tout frais, tendre, très spongieux. Les enfants de France aiment beaucoup le pain, et, quand le menu ne leur plaît que médiocrement, ils le dédaignent, pour calmer leur appétit par de grandes quantités de pain, avec ou sans chocolat ou confitures ; les inconvénients de l'abus du pain et surtout du trop peu cuit, ont été signalés par tous les gastro-pathologistes contemporains. »

Dans les établissements où le pain est donné à discrétion, il ne devrait être donné que rassis et suffisamment cuit : c'est l'intérêt de l'estomac, sinon du goût.

En ce qui concerne la boisson, M. Le Gendre blâme les coupages de vin auxquels on donne le nom *d'abondance* et qui sont faits au hasard au 1/3 ou au 1/12 quelquefois ; généralement, le vin est défectueux. Mieux vaudrait donner de l'eau bien pure, de la bière, des infusions de thé. Il conseille aussi de recourir au lait comme premier repas du matin, de préférence au café qui est rarement du vrai café et qui surexcite les estomacs dilatés et dyspeptiques. Ce repas du matin est, en général, trop sommaire :

« L'enfant doit fournir depuis son réveil jusqu'à midi, c'est-à-dire, pendant cinq ou six heures, à une dépense de forces réelles ; il faut qu'il ait pris des aliments réels. Je voudrais un premier déjeuner réel. lait pur ou additionné d'un peu de café, pain, beurre ou fromage, avec un temps suffisant pour le consommer.

« Ces quelques critiques mises à part, il faut reconnaître que le temps n'est plus, où on pouvait s'insurger contre la mauvaise alimentation des collégiens. D'énormes progrès ont été accomplis, à la fin de ce siècle, dans notre pays, à ce point de vue, grâce à la bonne volonté des directeurs de notre enseignement national et à une heureuse émulation entre lui et l'enseignement libre.

« Et si l'on compte un si grand nombre de dyspeptiques, cela tient à ce que, en établissant les règles de l'alimentation des collégiens, sur les bases de la physiologie générale, on a admis que ces règles devaient s'appliquer à des individus physiologiques normaux; bien portants au moment où ils entrent dans des collèges. S'il en est ainsi pour beaucoup d'enfants, pour la majorité, il y a une forte, trop forte minorité qui n'appartient déjà plus à la physiologie, mais qui ressortit à la pathologie, à la clinique et à la thérapeutique.

« Cette importante minorité d'enfants, qui entrent dans les collèges déjà mal portants, sont issus de parents très souvent affectés de tares constitutionnelles, et, plus particulièrement, d'affections des voies digestives. Ces enfants-là, s'ils n'ont pas encore leur dyspepsie réalisée au moment de leur entrée au collège, portent en eux une aptitude certaine à la réaliser, dès que les circonstances s'y prêteront. Ces circonstances seront la croissance trop rapide, les infections accidentelles, le surmenage nerveux, la claustration relative, etc. Alors leur tube digestif commence à fonctionner moins correctement. Si on saisissait, dès le début, les premiers indices de ce dérangement fonctionnel et si on modifiait pour eux le régime général, on pourrait, dans bon nombre de cas, remettre assez promptement les choses en ordre et les y maintenir par une surveillance étroite. »

Aussi M. Le Gendre propose-t-il au Congrès de Pédiâtrie d'émettre les deux vœux suivants :

1° *Que les directeurs des établissements scolaires, universitaires et libres, persévèrent dans les louables efforts qu'ils ont déjà faits pour améliorer l'alimentation de leurs élèves des deux sexes, dans le sens qui leur sera indiqué par les médecins;*

2° *Qu'une surveillance attentive soit exercée, même et surtout préventivement, sur les fonctions digestives des élèves, grâce à la collaboration constante des familles et de leurs médecins avec les directeurs et les médecins des établissements scolaires.*

Nous nous associons pleinement à ces conclusions, dont la nécessité vient d'être si lumineusement démontrée par notre éminent ami et nous engageons nos confrères des Lycées à user un peu de leur influence auprès des proviseurs et économes pour faire faire promptement ces améliorations urgentes, qui ne grèveraient pas sensiblement les budgets.

Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

Symptomatologie des polypes muqueux du nez.

La muqueuse des fosses nasales possède une fâcheuse propriété : elle subit très facilement la dégénérescence myxomateuse, donnant ainsi naissance aux tumeurs bénignes, connues sous le nom de polypes muquenx.

Aussi les causes les plus banales, une série de « rhumes de cerveau » par exemple, ou encore une rhinite chronique légère, suffisent-elles à provoquer l'apparition de ces néoplasmes. Toutefois, au milieu de cette étiologie obscure et de peu d'intérêt, il est un point de pratique très important à connaître, je veux dire la coexistence des empyèmes des sinus de la face, et des

polypes du nez, les premiers étant la cause directe des seconds.

Les sinus, en effet, sortes de prolongements des fosses nasales dans les os frontaux, maxillaires supérieurs, sphénoïde et ethmoïde, sinus frontaux, maxillaires, etc., — viennent s'ouvrir dans les méats moyens des cavités du nez. Lorsque la muqueuse qui les tapisse est atteinte d'inflammation suppurative (1), elle évacue ses sécrétions dans les fosses nasales, fournissant alors à la pituitaire une cause permanente d'irritation, productrice de polypes.

D'ailleurs, les polypes muqueux, n'ont-ils pas un siège d'élection qui se trouve être précisément le pourtour des orifices sinusaux, dans le méat moyen ? Dans 90 ou même 95 pour cent des cas, en effet, le pédicule de la tumeur vient se fixer sur la muqueuse de la face supérieure du cornet inférieur, sur celle de la face inférieure du cornet moyen et surtout au fond de la cavité délimitée par ces deux parois.

Quelquefois, cependant, le néoplasme s'attache plus bas sur le cornet inférieur et plus exceptionnellement encore sur la cloison elle-même. J'ai opéré, il y a quelque temps, un polype de la grosseur d'une noix, inséré sur le cartilage de la cloison et manifestement muqueux. La tumeur était unique comme il arrive généralement pour ces insertions rares, contrairement aux myxomes ordinaires classiques du méat moyen, toujours nombreux, s'élevant parfois au chiffre de 20, 30 et même 50 suivant leur volume.

Le polype muqueux, en lui-même, est aisément reconnaissable. Il apparait sous l'aspect d'un néoplasme globuleux, arrondi lorsqu'il se développe librement, aplati au contraire lorsqu'il est pressé contre d'autres. Sa surface est lisse et régulière, onctueuse et molle au toucher. Il est opalin, voire même transparent. Il se termine enfin par un pédicule d'épaisseur variable, habituellement fibreux et assez résistant. Ce pédicule peut, il est vrai, être large et court, le polype devenant ainsi sessile : les myxomes, lorsqu'ils sont petits, c'est-à-dire à leur début, sont sessiles ; leur pédicule s'allonge et s'amincit à mesure qu'ils grandissent eux-mêmes. Quant à leur volume, il est évidemment très variable depuis la simple granulation muqueuse, jusqu'à l'énorme champignon qui obstrue, à lui seul, toute la fosse nasale et ressort en avant par les narines et en arrière, par les choannes.

La taille habituelle est celle d'une cerise ou d'une petite noix.

Quand vous examinez, avec un éclairage convenable, des fosses nasales, atteintes de polypes muqueux, tout d'abord, généralement, vous êtes frappé par la différence de teinte entre la muqueuse normale tapissant les cornets et la cloison d'une part, et les polypes de l'autre.

Alors que ces derniers sont pâles, gélatineux, sillonnés seulement par quelques vaisseaux filiformes, la pituitaire, au contraire, est uniformément rosée. Le regard rencontre, en haut, une sorte de grappe composée d'éléments de grosseurs différentes, remplissant plus ou moins complètement la lumière de la fosse nasale. D'un côté, les tumeurs s'appuient sur la cloison et de l'autre, elles disparaissent dans la profondeur du méat moyen : le cornet inférieur émerge au-dessous d'elles.

Dans certains cas, les polypes sont petits et constituent bien plutôt une surface bourgeonnante. Dans d'autres la fosse nasale est entièrement obstruée par les néoplasmes et il faut les mobiliser pour apercevoir la cloison et les cornets. Parfois même les narines et le nez sont épaissis, dilatés et déformés.

Si maintenant vous procédez à l'épreuve du stylet, vous vous rendrez aisément compte de la mollesse, de la mobilité et de l'insensibilité de la tumeur, ce qui la différencie nettement de la muqueuse pituitaire normale. Il convient, en outre, de bien délimiter chacun des polypes et de les suivre autant que possible, jusqu'à leur insertion.

Rappelons, enfin, la nécessité absolue, en pareille circonstance, de toujours s'enquérir de l'état des sinus de la face, sans quoi le diagnostic serait incomplet et le traitement impuissant à prévenir les récidives.

Voyons maintenant par quels symptômes fonctionnels se traduisent les myxomes des fosses nasales? Comment ils provoquent l'attention du malade et du médecin ?

Ils produisent d'abord une obstruction progressive des cavités nasales, peu accusée au début, mais arrivant bientôt à supprimer le passage de l'air par le nez. Le malade est contraint, peu à peu, de respirer par la bouche, surtout pendant la nuit ; le sommeil devient agité, la gorge est sensible et douloureuse, le matin au réveil.

La sécrétion nasale est augmentée et il s'établit une abondante hypersécrétion, parfois claire, d'autres fois épaisse et fortement teintée. Ces phénomènes s'exagèrent par les temps humides, en raison de l'hygroscopicité des polypes.

L'odorat et comme conséquence le goût, sont toujours diminués, souvent même entièrement abolis, le malade ne percevant plus aucune odeur.

D'autre part, à côté de cette série de troubles fonctionnels, dont il est facile de comprendre la pathogénie, il en est une autre bien différente comme nature et des plus importantes à connaître, car elle n'attire pas à priori l'attention sur le nez.

Nous voulons dire les symptômes si divers, dont les affections des fosses nasales peuvent être le point de départ et généralement classés sous l'étiquette de névroses réflexes.

Les polypes muqueux entrent pour une part importante dans l'étiologie des névroses réflexes. Il nous suffira ici de les énumérer : l'asthme, les spasmes de la glotte, le vertige — nous avons rapporté dernièrement à la Société de laryngologie, un cas type de vertiges dus aux polypes — les névralgies, la dyspnée, etc..., peuvent être provoqués uniquement par des néoplasmes muqueux du nez.

En pareil cas, la sagacité du médecin est souvent mise à l'épreuve, et pour ne pas s'égarer, il est indispensable d'avoir ces faits présents à l'esprit.

Dr P. LACROIX.

---

(1) Voyez empyème latent du sinus maxillaire — *Concours Médical*, 1897, n° 3.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nos Garde-malades.

La question des garde-malades est étroitement unie à celle des infirmières de nos hôpitaux. Tous les médecins savent qu'ils peuvent, à la rigueur, trouver pour leurs clients des infirmiers passables : ils ont appris leur métier pendant leur passage sous les drapeaux, dans les hôpitaux militaires. Il est par contre presqu'impossible de trouver de bonnes garde-malades. Interrogez celles qui offrent leur services et vous apprendrez qu'elles ont été auparavant femmes de chambre ou bonnes. N'ayant pas réussi dans leur précédent métier, elles se sont faites garde-malades. Aucune n'a appris, dans les hôpitaux, cette délicate profession.

L'Angleterre possède à cet égard une excellente institution que nous devrions étudier. Nous avons déjà montré le rôle de la *nurse* dans les hôpitaux : ce sont des jeunes filles de bonne famille qui apprennent pendant plusieurs années le métier d'infirmière.

Ces nurses peuvent également soigner en ville, tout en restant attachées à leur hôpital. Un docteur qui a besoin d'une garde-malade, s'adresse à l'hôpital le plus voisin, et on lui envoie immédiatement une nurse.

Le nombre des nurses étant très élevé, il en reste toujours assez pour assurer le service des hôpitaux.

Les nurses, employées en ville, laissent une partie de l'argent qu'elles gagnent à l'hôpital où elles sont attachées : de 50 à 70 pour 100 environ. C'est une source de bénéfices pour l'hôpital, mais c'est aussi un avantage pour les nurses qui y gardent toujours leur chambre et sont assurées d'y trouver la table et le gîte ; de plus, elles y touchent toujours leur traitement.

Un hôpital peut ainsi prêter ses nurses à l'étranger ; certaines sont allées dans des hôpitaux à Hong-Kong, tout en gardant toujours une attache à leur hôpital, où elles peuvent revenir quand il leur plaît.

Une autre institution rend également de grands services ; certains hôpitaux apprennent à des personnes, venues du dehors, le métier de garde-malades ; les leçons y sont pratiques et payantes. Nous avons sous les yeux une feuille provenant de l'hôpital Saint-Barthélemy, qui donne tous les détails sur ce sujet ; l'hôpital prend 30 guinées payables d'avance, soit 750 francs pour un apprentissage, qui ne peut être moindre de trois mois.

M. Napias a fait récemment (1) une excellente étude sur les garde-malades anglaises. Il n'a pas mis en lumière ce point particulier. Il a pourtant une grande importance. La nurse va soigner en ville et se rend à l'étranger, tout en étant toujours assurée de trouver un asile à son hôpital ; aussi prend-elle pleine conscience de sa dignité et de l'importance de ses fonctions.

Les fonctions de nurse sont très recherchées en Angleterre ; il existe un examen d'admission difficile ; les études y sont très fortes, et les éliminations fréquentes. Les garde-malades anglaises sortent toutes des meilleures classes de la société. On ne peut en dire autant de notre personnel d'infirmières et de surveillantes parisiennes. Sans doute, il existe, parmi elles, des personnes dignes de la plus haute estime. Mais il en est de nombreuses qui sont arrivées à l'hôpital, sans aucune instruction, ni éducation. Les écoles d'infirmières leur apprennent fort bien leur métier. Mais il est un chapitre important qu'on omet trop de leur apprendre : la déontologie professionnelle. Non seulement, il n'existe point, à Paris, de cours spéciaux sur ce sujet, mais les manuels, qu'on leur met entre les mains, sont absolument muets sur ce point.

Prenons au contraire les manuels anglais ; ils sont remplis de recommandations de cette nature : la dignité de la garde-malade, le devoir strict qu'elle a de se bien tenir et de se faire respecter de tous, pour l'honneur de la corporation, son importance dans la guérison des malades, car, si le médecin donne les remèdes, elle sait placer le sujet dans les conditions les plus favorables pour sa guérison. « Vous devez, disent ces livres, à la nurse, penser pour vos malades et leur éviter la peine de penser par eux-mêmes, prévenir leurs besoins et leurs désirs. Ne leur répondez jamais avec impatience, etc., etc.

L'institution anglaise des nurses a été copiée aux États-Unis, en Allemagne, en Suède, en Russie. Il serait temps de lui emprunter quelques-unes de ses règles pour les appliquer dans nos hôpitaux. Il existe en France des miliers de jeunes filles instruites, possédant leurs diplômes, qui ne savent que faire. Indiquez-leur la carrière de garde-malades, facilitez-leur l'apprentisage, relevez la dignité de la fonction. Le jour où ces transformations se seront accomplies, nous pourrons mieux soigner les malades de nos hôpitaux et les malades de la ville, nous aurons fourni une profession à des milliers de bras inactifs et nous posséderons, en cas de guerre, un merveilleux personnel.

Dr Eifer.

(In *Correspondant Médical.*)

(1) *La Revue philanthropique*, 10 mai 1898, p. 5.

Un petit appel aux membres du Concours Médical.

Le dégrèvement des bicyclettes utilisées pour l'Assistance médicale.

On ne s'imagine pas quelles difficultés éprouvent nos confrères à obtenir qu'on veuille bien leur faire l'application de la circulaire du 30 juillet 1897.

Il était si simple, qu'au reçu de cette circulaire, le préfet adressât, au Directeur des contributions directes, la liste des médecins attachés au service d'assistance médicale, en accordant le dégrèvement en bloc ! On a préféré paperasser, exiger des réclamations de chaque intéressé ; et, comme les bureaux sont surchargés, comme les administrations se taquinent, on nous signale de toutes parts (Charente-Inférieure, Vosges, Maine-et-Loire, pour ne citer que les lettres de la présente semaine) des atermoiements, des refus non fondés, des palabres monumentales et absurdes, rédigées par des agents du fisc pour mettre des bâtons dans les roues. En voici un échantillon :

..... « La preuve, dit un contrôleur dans son « rapport, que M. le Dr Forst n'utilise pas son « vélocipède pour voir les malades de l'assistan- « ce médicale gratuite, c'est qu'autrefois il pos- « sédait deux chevaux et qu'aujourd'hui il n'en « a qu'un, etc., etc.... » !!!

Plusieurs des nôtres ont dû en passer par le Conseil de préfecture pour se faire rendre justice ! N'est-ce pas épique ?

Il faudrait pourtant en finir.

Nous avons précisé, au n° 49 de l'année dernière, la façon de réclamer pour obtenir le dégrèvement. Mais l'examen des insuccès signalés prouve que la cause des échecs vient de ce que les préfectures ne donnent pas les indications et les ordres nécessaires au service des contributions.

Le Concours médical compte des membres à chaque chef-lieu. Nous prions instamment ceux-ci de vouloir bien porter à chaque préfet, au nom de leurs confrères du département, qui les y autorisent d'avance, et leur en seront reconnaissants, la demande formelle de faire cesser toutes ces tracasseries, et d'édicter la mesure générale ordonnée par la circulaire.

Les présidents de Syndicats et de Sociétés locales ne manqueront pas non plus de s'associer à cette démarche, ou d'en prendre l'initiative, puisqu'il faut que, sur ce point encore, nous fassions nos affaires nous-mêmes.

Le Conseil de direction.

BULLETIN DES SYNDICATS
et des Sociétés locales.

Syndicat médical de la Haute-Garonne.

Réunion de la Chambre syndicale.— La Chambre syndicale des Médecins de la Haute-Garonne s'est réunie le samedi 1er octobre, sous la présidence de M. le Dr Lucien Dore.

Présents : MM. Dore, Bach, Rivière, de Gisson, Crouillebois, Grimaud, Vié, Guinier, Lartet.

Excusés : MM. Secheyron, Azéma, Loupias, Eyhérabide.

Sur la demande de MM. Grimaud, Vié et Guinier, la Chambre Syndicale dicute le projet de constitution d'un *livre noir* et la nomination d'un agent général de recouvrements des honoraires médicaux.

Les auteurs de la proposition signalent avec juste raison les nombreux abus de confiance, dont est victime le corps médical, de la part d'une certaine clientèle qui, après avoir exploité le dévouement d'un médecin, s'adresse tout bonnement à un confrère, sans avoir remercié le premier, même par un compliment banal ou des salutations respectueuses. Il y en a même qui répondent le mot de Cambronne à la réception de nos notes d'honoraires. Il y a des siècles que nous sommes bernés et nous n'en avons pas une plus grande somme de considération aujourd'hui.

Il y aurait un moyen de réagir, si les médecins y mettaient de la bonne volonté. Il suffirait de laisser de côté toute question de sentiments et de dresser une liste des mauvais payeurs, à l'instar des industriels ou commerçants, qui s'assurent de la solvabilité de leurs correspondants, avant de leur ouvrir le moindre crédit.

Mais ces listes de mauvais clients, dont l'ensemble doit constituer le *livre noir*, il n'y a qu'un agents de recouvrements qui peut les dresser, après avoir essuyé les refus réitérés des personnes en cause. Le médecin a d'habitude d'autres soins, que de s'occuper de ces questions d'écritures et de comptabilité. M. Grimaud estime qu'il serait facile d'aboutir en faisant recouvrer ses créances par le même agent.

M. le Président explique que déjà la Chambre syndicale et le Syndicat lui-même, se sont occupés de ces deux questions, qu'ils ont reconnu qu'elle n'offrait pas le même intérêt pour les médecins de campagne, que pour ceux de la ville, et que pour les premiers, il était difficile d'organiser des dépôts du fameux *livre noir* et d'autre part qu'on ne pourrait économiquement confier à des recouvreurs la perception des honoraires. En ville, c'est différent et la solution est possible ; mais à Toulouse il existe une association professionnelle. Le Syndicat départemental a jugé qu'il y avait lieu de ne pas empiéter sur ses travaux, et a laissé la question en suspens.

MM. Grimaud, Vié et Guinier pensent que la section toulousaine du Syndicat départemental, qui compte environ 50 membres dans le Syndicat, ne doit pas se désintéresser d'une œuvre si utile, sous prétexte que d'autres pourraient l'entreprendre. Ils émettent l'avis que le Syndicat, doit avoir à honneur de rendre cet éminent service au corps médical.

La Chambre syndicale se range à leur avis et décide qu'un projet sera établi par les promoteurs et présenté à la discusion de la section toulousaine du Syndicat, dont la réunion doit avoir lieu bientôt.

M. le Dr Vié, à l'appui de sa demande, communiqué les statuts du Syndicat des médecins de Narbonne, qui usent du *livre noir* et s'en trouvent bien. M. le Président profite de l'occasion pour prier M. le Dr Vié d'intervenir auprès de nos confrères de Narbonne et les inviter à adhérer a la *Fédération médicale*.

La Chambre syndicale discute la conduite à tenir vis-à-vis du Dr L..., membre du Syndicat, réfractaire au règlement déontologique, malgre toutes les observations et admonestations qui lui ont été faites. Elle décide que la radiation et l'exclusion du Dr L... sera demandée à l'assemblée générale du Syndicat.

A ce propos, il est décidé qu'à l'avenir dans tous les procès-verbaux, pour éviter des froissements, on ne fera figurer que l'initiale du nom des médecins impliqués dans une affaire déontologique, ainsi que de ceux des confrères qui l'auront soulevée.

Le président donne lecture des lettres d'excuses de MM. les Docteurs Dupin, de *Tarbes*, Bonneville, du *Tarn*, Dresch de *l'Ariège*, et Bonnet de Nazaris, *d'Agen*, qui regrettent de ne pouvoir assister à la réunion où va se discuter le projet de Fédération des Médecins du Sud-Ouest. et font des vœux pour sa complète réussite.

M. le Dr Lartet a été chargé par le bureau du Syndicat des Hautes-Pyrénées de venir discuter avec nous le projet qu'il défendra ensuite devant ses confrères.

Le Président raconte les débuts du Syndicat

de la Haute-Garonne ; non content de solidariser les intérêts des médecins du département, il pensa qu'il fallait aller plus loin, car isolé, en face d'ennemis de plus en plus nombreux que peut faire un Syndicat avec ses faibles ressources ? Il entama des pourparlers avec *l'Union des Syndicats médicaux de France*, mais cette *Union* n'offrant qu'un appui moral, certainement très utile, mais insuffisant pour la lutte, car l'argent seul est le nerf de la guerre et *l'Union* ne pouvait en fournir, bien qu'elle réclamât des versements qui, pour la Haute-Garonne auraient chiffré environ 250 fr. par an, il fut décidé que le Syndicat réaliserait, à lui seul, les fonds nécessaires pour sa défense professionnelle. Puis, jugeant qu'un des premiers moyens de défense était de réaliser l'entente parfaite et l'union constante de tous ses membres, le Syndicat vota la création du bulletin la *Fédération médicale*. Cet instrument de propagande active eut bientôt fait de doubler le nombre de ses membres et poussant la propagande hors des limites de notre département, la *Fédération médicale* vit éclore sous son aile protectrice les Syndicats de l'Ariège et des Hautes-Pyrénées et reconstituer celui de Lot-et-Garonne. Des démarches auprès de nos voisins du Tarn assuraient bientôt à notre bulletin le concours de leur Syndicat et c'est ainsi que se créa tout d'abord une communauté de sentiments et d'intérêts, car la propagande du journal tenant constamment en haleine le corps médical, assurait le succès et l'existence des divers Syndicats.

La Fédération des Médecin du Sud-Ouest existe donc virtuellement, née de besoins communs. Il a paru, à notre président, utile de faire sortir cette solidarité, cette union des limbes où elle végète, de lui faire prendre corps, afin qu'unissant ses efforts, elle constitue une puissance irrésistible, une force effective à employer au développement de l'œuvre essentielle des Syndicats : l'amélioration du sort des médecins.

Le président donne lecture du projet de statuts.

Après quelques observations de M. le Dr Lartet, la Chambre syndicale adopte les conclusions de ce projet et en décide l'impression dans le bulletin la *Fédération médicale* pour être soumis à l'étude des divers Syndicats qui, sans aucun doute, le discuteront et demanderont à faire partie de ce grand groupement des médecins du Sud-Ouest, qui sera à l'avant-garde de toutes les réformes intéressant le corps médical de notre région.

Le Président, avant la clôture de la réunion, rappelle que la *Prévoyance médicale*, société mutuelle de garantie contre la maladie, la vieillesse ou la mort est entrée en fonctionnement et fait appel aux adhésions.

La séance est levée.

Le Secrétaire,
Dr E. Crouillebois.

REPORTAGE MÉDICAL

Une affaire du Sou médical. — M. le Dr Massart (de Honfleur), dont nous avons raconté, dans les procès-verbaux du *Sou*, les grosses tribulations judiciaires en une question de responsabilité médicale, qui a fait grand bruit dans la région, nous informe, par dépêche, de son acquittement par un jugement qui lui donne pleine satisfaction. — Félicitations bien sincères.

Une perquisition. — Sur mandat de M. de Valles, juge d'instruction, accompagné de M. Loubéry, expert, une perquisition a été opérée hier, dans l'après-midi, dans les bureaux de la Société française d'Etudes industrielles, agricoles et commerciales, 13, rue Drouot, et de la *Société des Sanatoria de France*, 58, *rue Lafayette*.

La Société française d'Etudes industrielles avait été constituée, paraît-il, irrégulièrement.

La Société des Sanatoria de France, qui avait été créée tout récemment par les mêmes directeurs, avait été également constituée contrairement à la loi de 1867.

Le directeur de ces deux Sociétés, M. W..., a été arrêté.

(*Le Journal*).

Blessé par dévouement. — Le 7 novembre dernier, le Dr Delobel (de Noyon, Oise), voulant porter secours à un blessé, dans un incendie, tomba dans une fosse de tannerie de 2 mètres de profondeur. Entorse et contusions diverses vont retenir dans l'inaction notre confrère, victime du devoir professionnel. Qu'il reçoive nos meilleurs souhaits de prompt rétablissement. L'Amicale s'applaudit de le compter parmi ses membres.

Les vestiges d'un hôpital romain en Suisse. — On vient de découvrir en Suisse, à Baden, petite ville du canton d'Argovie, les restes d'un hôpital romain. Ce qu'il en reste ne présente, au point de vue de l'architecture, qu'une valeur d'art médiocre ; mais ces ruines intéresseront les archéologues parce qu'elles sont le premier document qui nous soit parvenu attestant l'existence d'institutions hospitalières aux temps de l'antiquité classique. Nulle part jusqu'ici on n'en avait trouvé la moindre trace. Pompéi et Timgad, où se voit encore tout ce qui servait à la vie publique et privée des anciens, ne contiennent aucun édifice dont la distribution permette de supposer qu'en ces villes il existait des hôpitaux. Aucun auteur latin ni grec ne nous a laissé la description d'établissements de ce genre. Seul, Hippocrate, dans un passage très court et un peu obscur, fait allusion aux malades que l'on soignait au temple d'Esculape sans qu'il soit possible de décider s'il y avait auprès du sanctuaire des locaux spécialement affectés à leur usage. L'aménagement des ruines de Baden ne laisse, au contraire, pas de doute sur leur destination. L'édifice se compose de quatorze petites chambres dans lesquelles on a retrouvé, en très grand nombre, des instruments de médecine et de chirurgie, pinces, tubes, spatules, cuillères, mesures, caustiques, boîtes d'onguents, etc., et tout porte à croire que c'était là l'hôpital des quatrième et cinquième Légions qui avaient à Baden leur quartier général. (*Journal des Débats.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4308. — M. le Docteur Dupont, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4309. — M. le Docteur Debled, de Nice (Alpes-Maritimes), présenté par M. le Docteur Duchein, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Mouche, de Saramon (Gers), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. Cézilly

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 49 3 DÉCEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

19me ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

DU 20 NOVEMBRE 1898

Précédée des réunions générales de l'Amicale et du Sou, qui avaient présenté le plus vif intérêt, l'Assemblée de la Société civile ne commence qu'à 4 heures et demie.

Prennent place au Bureau : MM. Cézilly, *Directeur, Président*, Maurat, Gassot et Jeanne, *membres du Conseil de Direction* ; Corté (La Charité-Nièvre), et Pontet (Rives, Isère), choisis comme *assesseurs* ; Hervouet et Huguenin qui, avec leur habituel dévouement, vont remplir la lourde tâche d'être *Secrétaires de la séance* ; Lordereau, *Conseil judiciaire de la Société civile*.

M. le Directeur renonce à lire les lettres d'excuses, qui, malgré leur abondance, ne font pas tort au nombre des présents. Il mentionne cependant comme particulièrement regrettées les absences de M. Gibert, de M. le Dr Giberton-Dubreuil, *trésorier de la Caisse des victimes du devoir*, empêchés à la dernière heure, et celle de M. le Dr Delefosse, *Secrétaire-général de la Caisse des Pensions*, dont le dévouement et les efforts ininterrompus, en faveur du développement de l'œuvre, n'ont peut-être jamais été mis suffisamment en lumière, depuis la création de cette caisse : « Je n'en serai que plus à l'aise, ajoute-t-il, pour rappeler les services rendus par M. Delefosse, avec autant de constance que de modestie, et pour vous inviter, Messieurs, à rapporter à son dévouement une bien grande part du succès obtenu par notre première œuvre de prévoyance. » (*Applaudissements.*) Je prierai M. le Dr Sutils, membre du Comité de contrôle de la Caisse des Pensions, de nous lire, à la place de M. le Dr Delefosse, l'exposé de la situation de cette caisse, et je vous dirai moi-même dès maintenant que l'état de la *Caisse des Victimes du Devoir* n'a subi cette année que des modifications de petite importance.

Voici la lettre de M. le Dr Gibert, membre du Conseil de Direction :

Mon cher ami,

Jusqu'à aujourd'hui j'ai espéré être des vôtres demain, et puis, cela m'est impossible. Vous voudrez bien m'excuser auprès de nos amis et leur dire que je suis de cœur avec eux tous. L'encombrement de notre profession, de plus en plus sérieux, exigera de nouveaux efforts de la Société du Concours, pour empêcher un grand nombre de confrères d'être dans la gêne. Courage donc à vous tous qui êtes au travail. Je ne puis plus vous être d'un aussi grand secours que je le désirerais, mais je suis avec le même intérêt vos travaux et vos séances.

A vous,

Dr GIBERT.

Allocution du Directeur.

Chers confrères,

Ce n'est pas à moi qu'il viendra à l'esprit de me plaindre du peu de temps que je puis consacrer à m'entretenir avec vous, une fois chaque année, puisque la nécessité d'être très bref m'est imposée par le développement incessant des œuvres diverses qui sont les *filiales* du *Concours médical*. Chacune de ces organisations a sa vie propre, est indépendante, mais juge que les liens de paternité sont respectables et qu'en outre ils sont d'une grande utilité. L'aphorisme, banal tant il est vrai, que l'union fait la force,

s'applique aussi bien aux Sociétés qu'aux individus. Donc, dans notre Assemblée générale annuelle, le Concours médical, qui prenait, à son aise, la séance tout entière, a été, peu à peu, contraint de ménager, à chacune de ses organisations, un temps suffisant pour l'exposition, par ses bureaux, de leur état actuel, de leurs progrès, de leurs difficultés et de la façon dont on s'est efforcé de surmonter celles-ci.

Etat de nos associations.

Qu'il me soit permis, de caractériser l'état actuel de chacune de nos organisations, par le chiffre de leur avoir.

Ce rapide exposé aura quelqu'avantage, bien que je sache que l'actif financier d'une association ne trouve pas une déterminante de sa valeur dans son actif matériel, si on l'isole de son actif moral, plus essentiel encore, Ce dernier vous sera exposé par les divers rapporteurs auxquels je donnerai, tout à l'heure, la parole. Peut-être sera-t-il bon, en 1900, de fêter ensemble la prospérité de nos diverses organisations et de faire ainsi, à notre petit monde médical, apprécier le résultat général du travail de vingt années. (*Vif assentiment.*)

Fortune des associations créées par le « Concours Médical ».

1° Concours médical.— Capital inaliénable, dont on a employé les revenus annuels (cours du jour)...........................	43.000 fr.
2° Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.....................	12.000 »
3° Syndicats (pour mémoire).	
4° Caisse des pensions de retraite du corps médical français (environ)..	760.000 »
5° Caisse des victimes du devoir médical, environ.................	10.000 »
6° Association amicale pour l'indemnité de maladie................	95.000 »
7° Sou médical, ligue de défense et de protection, 1re année.......	5.000 »
Soit environ..........................	925.000 fr.

Cette somme, produite par de modestes cotisations, démontre, avec quelqu'éloquence, les résultats auxquels on arriverait aisément, si les médecins en venaient, un jour, à mieux comprendre la puissance des œuvres de prévoyance et en apprécier les bienfaits.

Espérons que cette fortune s'accroîtra en un espace de temps moindre que celui qu'elle a nécessité, pour arriver où elle en est, puisque parmi les œuvres qui la possèdent, il en est plusieurs qui sont très récentes et que chaque jour elles seront mieux connues et appréciées.

Nous pouvons tous avoir quelque fierté en constatant que nous n'avons pas fait une œuvre vaine et que le *journal Le Concours Médical,* s'appuyant sur une Société nombreuse, a constamment suivi le programme que je lui avais tracé à son origine « *un pour tous, tous pour un* ». (*Assentiment général.*)

Association générale.

J'aborde, de suite, un autre et grave sujet : la modification profonde qu'apporte à notre *Association générale des médecins de France*, la nouvelle loi sur les Sociétés de Secours mutuels. Je suis un des fondateurs de cette Association et Président d'une de ses Sociétés locales ; je suis attaché à elle et j'ai fait la preuve de cet attachement par des critiques ardentes, mais sincères. Elles ont eu pour résultat de lui faire accepter les Syndicats qu'elle réprouvait, de l'amener à établir les *pensions prises sur les revenus*. Cette création, qui date de 1898, deviendra définitive, j'en suis assuré, parce qu'elle repose sur le principe qui doit dominer dans les Associations : *Multiplier les bienfaits chaque année* ; *ces bienfaits sont la meilleure des réserves.*

Nos observations, nos études, nos critiques ont amené aussi la création de la *Caisse centrale de secours aux veuves et aux orphelins.* (*Applaudissements.*)

Le Concours médical a donc témoigné de son zèle pour le bien de l'Association générale.

La nouvelle loi sur les mutuelles impose à l'Association la refonte de ses statuts.

De Société de bienfaisance médicale, à existence privilégiée, elle aura, si elle veut rester Société de Secours mutuels, à se ranger sous une des trois formes de Société mutuelle : *libre, autorisée, d'intérêt publie.*

Ces trois formes lui donnent certains privilèges et lui en enlèvent d'autres. Elles lui permettent d'acquérir, de recevoir, d'ester en justice ; mais elles limitent l'indemnité de maladie, de chômage, et notamment le taux des pensions de retraite, qui ne peut être que le décuple des cotisations. En revanche, chacune des trois formes permet, à la fortune des mutuelles, de bénéficier du taux d'intérêt de faveur de 4 fr. 50.

Mais il faut renoncer à la bienfaisance pure ; à des cotisations, correspondent nettement des droits. C'est l'égalité absolue. La détresse, les malheurs immérités n'entrent plus en ligne de compte. Il s'agit, vous le sentez, chers Confrères, d'une ère nouvelle, d'une transformation ; heureusement on a un délai. C'est avant 1900 qu'il faudra se décider et ce n'est pas trop pour prendre un parti et obtenir l'assentiment des huit mille sociétaires dont, presque tous, nous faisons partie.

J'ai des idées assez précises sur cette transformation ; mais il faudra, par convenance, attendre l'exposition de celles du bureau central, et le moment n'est pas encore venu, pour le Conseil de Direction de votre Société, de se prononcer. Je tiens pourtant à vous prier tous, chers Confrères, d'envoyer au *Journal*, vos vues particulières ; elles y seront exposées et vous ne pourriez trouver un sujet plus intéressant pour vos méditations professionnelles.

Générosité aux frais des médecins.

Je vous ai entretenu l'année dernière, de la situation des médecins, vis-à-vis des Sociétés de Secours mutuels. Elle n'a pas changé ; leur fortune s'accroît et la nôtre diminue. Les mutuelles doivent posséder, aujourd'hui, 250 millions. Ce n'est plus vers le million, mais vers le milliard qu'elles marchent. Avec leur fortune, due en partie à qui ? vous savez bien, leurs exigences, leur résistance à nos bien modestes prétentions, ne font que s'accroître ; maîtresses de la maison, que nous avons en partie édifiée, c'est à nous d'en sortir, si nous ne voulons pas subir les conditions les plus pénibles. En ce qui me concerne, je me suis retiré de la commission de la ligue de la mutualité.

Vous avez approuvé, en 1897, la formule du Concours médical : « Les médecins ne connaissent pas les Sociétés de Secours mutuels. Ils veulent favoriser les ouvriers mutuellistes. Ils leur offrent une réduction

de 25 % sur leurs honoraires. » Peut-être, serait-il bon de répéter et d'accentuer cette décision, afin qu'elle puisse faire des adeptes fermement résolus, au moins parmi les médecins des régions où règne une entente suffisante. Quant aux médecins, qui continueront à se déclarer corvéables à merci, nous les plaignons et nous espérons qu'ils se raviseront bientôt, par une entente facile sur un pareil terrain. (*Assentiment.*)

Messieurs, les médecins ont accepté souvent de traiter les indigents avec un rabais maximum de 50 % sur le prix de visite des ouvriers. L'Assistance médicale gratuite, établie par l'Etat, bénéficie de cette concession. Le médecin fait le sacrifice, vis-à-vis de ce riche client collectif, l'Etat, et c'est celui-ci, ce sont les Conseils élus, qui réclament le tribut de la *reconnaissance des misérables* !

1er degré de la bienfaisance médicale : 25 % des honoraires aux ouvriers mutuellistes. Bienfaiteur le médecin ; gratifié : le mutuelliste— témoignage de reconnaissance aux bureaux des Sociétés.

2e degré. 50 % des honoraires en faveur des indigents : Bienfaiteur le médecin ; gratifié : le pauvre ; reconnaissance au client richissime, l'Etat.

3e degré. 50 % des honoraires (par ordre des législateurs) aux *patrons* (des clients riches) pour les sommes dues à leurs ouvriers, victimes des accidents du travail.— Ceci dépasse la mesure, celle du bon sens !

4e degré. 50 % de réduction pour les honoraires des soins donnés aux employés des administrations départementales (cantonniers, etc...) Bienfaiteur par ordre, le médecin. Gratifié le département (client très riche). Ceci est encore plus excessif. (*Vive adhesion.*)

Où s'arrêtera-t-on dans cette voie, chers confrères ? Nous protesterons tous, c'est dans l'ordre. Mais quand viendra le jour où nos protestations ne seront plus platoniques !

Ce n'est pas l'Association générale qui nous donnera l'exemple, qui portera le drapeau. Elle est une Société de bienfaisance, de moralisation, de secours mutuels. Ses statuts présents et à venir, son caractère ne le lui permettent pas.

Ce ne sont pas, non plus, les Syndicats. La loi de 1884, malgré nos protestations, a été interprétée pour nous, médecins, plus mal que pour les ouvriers. Nous avons été contraints, sous peine de disparaître comme Syndicats, de *subir* l'article qui dit que les médecins peuvent se constituer en syndicats, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes *autres que l'Etat, les départements et les communes.*

C'est donc à titre privé, qu'il appartient aux médecins de s'unir, de se concerter, de commencer par *voie de pétition*, pour faire disparaître les excès commis par les législateurs, *sans aucune protestation de nos confrères pourvus d'un mandat politique.* Ceci fait, nous devrons, ensuite, aviser aux moyens de nous faire rendre justice. On tend à nous rendre l'existence impossible. On nous force à faire la charité à chacun et à tous, on détourne du donateur la reconnaissance que pouvait à la rigueur lui vouer l'obligé. C'est trop, beaucoup trop ! (*Assentiment.*)

Loi sur la pharmacie.

Je passe à un autre sujet : La *loi sur la pharmacie* pourrait bien, un de ces jours, venir de nouveau en discussion. Nous avons à tant de reprises, au *Concours*, examiné les fâcheuses perspectives qu'elle réserve à notre profession, si elle était votée dans son intégrité, telle que la souhaitent les pharmaciens ; elle nous porterait un tel préjudice, que je suis arrivé, sans aucune hésitation, à conclure que le régime sous lequel nous vivons, est de beaucoup préférable à celui dont on nous menace et je suis assuré qu'il en est de même pour les pharmaciens, puisqu'ils sont parvenus à écarter le danger le plus redoutable, la création, à jet continu, de pharmaciens de 2me classe.

En conséquence, si vous décidez qu'une pétition, signée par les médecins, réclamera au parlement, contre l'abus des réductions de tarifs, je serais d'avis d'y joindre la demande formelle de la non-modification de la loi de Germinal, dont, par nécessité, nous nous déclarerions satisfaits. Il est impossible de transiger sur ce principe : *Seul le médecin a le droit de prescrire ; le pharmacien exécute les ordonnances. (Approbation générale.)*

Ordre des médecins.

Les promoteurs d'une nouvelle organisation médicale, inspirée par l'ordre des avocats, n'ont jamais trouvé, au *Concours médical*, ce zèle ardent qui l'anime, lorsqu'une idée juste est émise par un de ses membres, et qu'il veut la faire triompher.

Nous rendons hommage aux bonnes intentions des confrères qui recherchent la création de l'ordre des médecins. Mais les mesures de contrainte ne sont pas en faveur parmi nous ; nous n'avons absolument plus qu'un privilège : le jour où nous obtenons notre diplôme, *nous n'avons plus aucun supérieur* ; nous ne voulons pas devenir, à aucun degré, des fonctionnaires ; notre profession est trop délicate pour que nous puissions recevoir, de qui que ce soit, des injonctions « nous voulons conserver le droit de faire notre devoir sans contrainte et avec les seules lumières de notre conscience. »

Ceci dit, je crois que le mieux sera de ne pas discuter à nouveau et de passer à l'ordre du jour. (*Vive adhésion*)

Les défectuosités de la loi Roussel.

Dans ces considérations, forcément bien générales, je dois aussi, Messieurs, vous entretenir d'une loi dont nous sommes à peu près les seuls exécuteurs et ici, encore, c'est un médecin philanthrope, le très vénéré docteur Théophile Roussel, qui en est le créateur. La loi est bonne, mais incomplète. M. Roussel, pour obtenir qu'elle fût promulguée, fut contraint de laisser dans l'ombre les voies et moyens, l'obligation, pour tous les Conseils généraux, d'en voter les fonds. C'était aussi et avec raison, l'événement l'a prouvé, sur les médecins que comptait M.Roussel. Au prix de visite, réduit à 1 fr., le médecin a accepté de visiter les enfants en bas âge dans toute sa circonscription. Par ces temps de dépopulation, les médecins seront les derniers à regretter leurs sacrifices, puisqu'ils sauvent des petits Français ; mais vous allez voir que, sans qu'ils s'en soient doutés jusqu'à ce jour, ils perdent par ce fait un des droits primordiaux de tout citoyen, celui d'être régulièrement élus dans les Conseils généraux. Chose peu croyable, soigner des enfants à prix réduit, c'est une tare qui oblige un médecin à opter entre son maigre traitement de médecin inspecteur et le mandat de *Conseiller.*

Les récentes élections ont mis en lumière la trop choquante incompatibilité, dont je parle. C'est une omission, involontaire, il est vrai, dans la loi.

Mais, en fait, les victimes de cette omission sont nombreuses et nous connaissons tel département qui compte nombre de médecins sous le coup de l'incompatibilité (6 Orne, 6 Nièvre).

Cela ne peut durer et M. le Dr *Gassot* vous fera, tout à l'heure, un rapport sur la question, suivi de conclusions qu'il soumettra à votre approbation.

Cette lacune à combler est bien loin d'être la seule, dans cette loi Roussel, excellente en elle-même, mais qui pèche encore en bien des endroits ; Autorité du médecin-inspecteur, certificats des nourrices, responsabilité des parents pour les honoraires, nécessité d'étendre le bénéfice de la surveillance à tous les enfants quels qu'ils soient.

Le Conseil de Direction vous demandera, en conséquence, de mettre à l'étude la *Revision de la loi Roussel* ; de nommer une de ces Commissions, dont, certes, nous n'abusons pas, mais qui sont indispensables pour une œuvre de longue haleine. Vous avez nommé une Commission pour la Revision de la loi sur l'exercice de la médecine. La Commission a fonctionné 11 ans et c'est à elle et à M. Chevandier, que le Concours a dû le succès final.

Deux membres du Conseil de Direction, MM. les Drs *Gassot* et *Jeanne*, dans les deux séances qui ont précédé celle-ci, vous ont entretenu de l'Association amicale et du Sou médical.

Je prierai tout à l'heure M. le Dr *Maurat*, membre du Conseil et *Trésorier de la Société civile* de nous présenter son Budget. Ceci fait, je donnerai successivement la parole aux membres du Concours qui voudront bien prendre part à la discussion des sujets à notre ordre du jour.

Mais je dois auparavant vous demander encore de ratifier les choix, que nous avons faits en vue de la constitution d'un *Conseil permanent d'arbitrage*, suivant la mission que vous nous avez donnée l'année dernière.

Nous vous proposons, pour ce Conseil, la composition suivante :

Le Conseil de direction ;
M. le Dr de Fourmestreaux (Versailles), ancien président de l'Union des Syndicats ;
M. le Dr Leroy (Noyon, Oise), membre du syndicat de l'Oise ;
M. le Dr Bazot (Joigny), président du syndicat de Joigny ;
M. le Dr Lambry (Courtenay), ancien président du syndicat du Loiret ;
M. le Dr de Grissac (Argenteuil), président du syndicat de Pontoise ;
M. le Dr Giberton-Dubreuil (Jouy-en-Josas), président du syndicat de Versailles ;
M. le Dr Hervouet (Paris), ancien secrétaire général de l'Union des syndicats. (*Approuvé à l'unanimité*)

Chers confrères,

L'extrême bienveillance, dont vous m'avez honoré, en tant de circonstances, depuis qu'en 1880, pour la première fois, je fus appelé à présider une de vos Assemblées générales, me permet de solliciter, avec confiance, votre puissant appui pour le journal et pour la Société du Concours médical. Ce que vous faites pour l'un, profite à l'autre et rien n'importe autant que le nombre des lecteurs et des adhérents du Concours médical.

Au journal, vous pouvez rendre service en recourant, à l'occasion, aux indications de sa publicité, en favorisant les membres du Concours qui exercent dans les stations thermales et hivernales, à ceux qui se décideraient à créer des Sanatoriums ou d'autres établissements médicaux de bon aloi. Je n'accepte en aucune façon et vous n'acceptez pas plus que moi, le rigorisme excessif d'un médecin sur cette question. Quand nous disons, par exemple, « la science nous a appris que le tuberculeux peut mieux guérir dans la discipline d'un Sanatorium, que dans sa maison, nous renonçons au bénéfice certain et considérable de la direction de son traitement, pour l'envoyer dans un établissement créé par un ou plusieurs médecins » on veut nous interdire de nous intéresser à cet établissement, avec un argent que nous pouvons fort bien compromettre ! Nous répondons : Réservez vos foudres pour des écarts honteux, de quelque haut qu'ils viennent. (*Applaudissements répétés.*) Messieurs, j'avais supprimé ce passage de mon allocution ; mais votre chaleureuse approbation et celle, non moins précieuse, de l'Association de l'Oise, me font un devoir de le reproduire, au compte-rendu.

Nous continuerons à favoriser de tout notre pouvoir tous ceux qui touchent à notre Société du Concours médical, dont le journal est l'interprète dévoué. Il s'ingénie à rechercher ce qui peut être utile au médecin et il réussit souvent. Je tiens à remercier ici, non seulement mes collaborateurs anciens et nouveaux, mais encore les lecteurs qui, non contents de nous procurer des adhésions, de nous communiquer le résultat de leurs lectures, de nous encourager à poursuivre notre tâche, par des critiques et souvent des éloges, veulent encore vanter, aux intéressés, la puissance du journal et de sa vieille et solide organisation.

De mon côté, mon souci quotidien est de rechercher les questions à étudier, les moyens d'être utile tantôt à l'un, tantôt à l'autre de nos correspondants. C'est cet échange incessant de bonnes volontés qu'il importe d'entretenir ; croyez bien, chers confrères, que je ne manquerai pas plus à ce devoir dans l'avenir, que je ne m'y suis dérobé dans le passé. (*Applaudissements.*)

Projet de révision de la loi Roussel.

M. le Président. — Notre confrère, M. le Dr Gassot, a bien voulu se charger d'introduire la proposition de révision de la loi Roussel. Je lui donne la parole pour exposer, avec son habituelle précision, la façon dont la question nous paraît devoir vous être présentée.

M. le Dr Gassot. — A diverses reprises, le *Concours médical* s'est occupé de la loi Roussel, sur la protection des enfants du premier âge, pour en montrer les lacunes et les défectuosités, pour signaler les modifications indispensables à son bon fonctionnement.

Dernièrement encore, j'insistais moi-même sur le rôle effacé du médecin qui seul, pourtant, peut assurer aux nourrissons une protection efficace et réclamais pour lui une autorité correspondante à l'importance de sa fonction.

Les élections départementales devaient soulever cette question de la réforme de la loi, à un autre point de vue.

Un de nos confrères, médecin-inspecteur des enfants du premier âge dans sa région, venait d'être élu Conseiller général ; aussitôt une protestation fut formulée contre son élection par ses adversaires qui mirent en avant ses fonctions de médecin-inspecteur. La chose paraissait ridicule, puisque des centaines de médecins se trouvent dans ce cas ; pourtant notre confrère demanda un appui au *Sou médical* et au *Concours*.

Or, des démarches faites par notre Directeur, il résulta que la protestation était fondée, d'après la jurisprudence du Conseil d'État, et que notre confrère, s'il ne résignait ses fonctions de médecin-inspec-

teur, serait sûrement invalidé. L'Administration, ajoutait-on, consent à fermer les yeux et, pour sa part ne fait aucune objection ; mais il suffit qu'un électeur proteste, pour que l'élection soit annulée.

C'est que la situation du médecin n'a été réglée que par la loi du 15 juillet 1893, en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite; tandis que la loi Roussel est restée muette sur ce point.

Les incompatibilités prévues par la loi de 1871, sur l'organisation des Conseils généraux, s'étendent donc à toutes les fonctions publiques, que peut remplir le médecin, excepté celles de médecin de l'Assistance médicale gratuite.

L'Administration a beau paraître ignorer cette jurisprudence, puisqu'elle ne réclame pas elle-même l'application de la loi et puisque, je le répète, de nombreux médecins sont à la fois Conseillers Généraux et médecins-inspecteurs des enfants du premier âge ; il nous est impossible de rester indifférents.

Si l'Administration n'applique pas la loi, c'est qu'elle considère cette loi comme détestable, et dès lors elle ne saurait refuser d'appuyer nos revendications.

Mais ici une question se pose : Suffira-t-il de demander l'introduction, dans la loi Roussel, d'une disposition analogue à celle qui se trouve dans la loi sur l'Assistance médicale gratuite ? Nous ne le pensons pas, car la question, réglée en ce qui concerne les fonctions de médecin inspecteur des enfants du premier âge, pourrait renaître à propos d'autres fonctions analogues.

C'est à la loi de 1871 qu'il faut faire proposer un amendement, et cet amendement doit être conçu en termes assez larges, pour que les diverses fonctions publiques que peut remplir le médecin, en tant que médecin, ne puissent lui être opposées dans aucune élection départementale.

Cela n'empêcherait pas de poursuivre la révision de la *loi Roussel*, si tel est votre avis. (*Assentiment.*)

Il paraît impossible, il est vrai, que le médecin, auquel on demande tant, puisse rester, si peu qu'il soit, à la merci du premier politicien venu et que le zèle avec lequel il remplit ses fonctions, puisse être retourné contre lui et devenir, pour lui, une cause de révocation.

Et comme la pratique de la loi nous a montré les imperfections et les difficultés, ne sommes-nous pas qualifiés, nous médecins, pour réclamer une révision complète et indiquer les modifications nécessaires, aussi bien en ce qui nous concerne personnellement, qu'en ce qui touche aux enfants du premier âge et à la société toute entière. (*Adhésion.*)

C'est là, vous le comprendrez, mes chers confrères, une œuvre de longue haleine et sur laquelle on ne saurait se prononcer au pied levé. Comme nous l'avons fait pour la révision de la législation médicale, nous devons procéder à une étude complète de la question dans le journal, afin que les objections puissent se faire jour et être discutées. Puis les conclusions de cette étude seront soumises à une Commission spéciale, qui élaborera un projet dont, espérons-le, un médecin législateur voudra bien consentir à se charger.

En conséquence, le Conseil de Direction a l'honneur de vous proposer une double résolution :

1° Des démarches immédiates seront faites, pour arriver à l'abrogation de toutes les dispositions créant incompatibilité entre les mandats électifs divers et les fonctions publiques, rétribuées ou non, dont peut être investi le médecin, en sa qualité de médecin.

2° Une étude sera ouverte dans le journal le *Concours médical*, sur la révision de la loi Roussel.

Les résultats de cette étude seront transmis à une Commission spéciale, chargée d'élaborer un nouveau texte de loi, qui sera soumis à la prochaine Assemblée générale.

Nous vous demandons, Messieurs, de vouloir bien adopter ces deux propositions et de nommer la Commission spéciale dès aujourd'hui, bien qu'elle ne puisse être utilement convoquée qu'au cours de l'année 1899.

M. le Président. — Quelqu'un désire-t-il la parole ?

M. le Dr Vignes. — Il suffirait de désigner le Président et deux membres du Conseil. Ce serait une commission suffisante.

M. le Dr Gassot. — La question est beaucoup plus complexe que vous ne le pensez, cher confrère. Votre Conseil de Direction tout entier est prêt à entrer dans cette commission, mais il considère comme indispensable de faire appel à d'autres compétences spéciales, et c'est ce sentiment qui l'a conduit à vous présenter la liste suivante des concours qu'il a tenu à s'assurer, d'avance, pour cette grosse entreprise :

M. le Dr Th. Roussel, sénateur.

M. le Dr Léon Labbé, sénateur, qui a spontanément offert ses services.

M. le Dr Le Gendre, Paris.

M. le Dr Lepage, Paris.

M. le Dr Bézy, Toulouse.

M. le Dr Marais, Honfleur.

M. le Dr Sutils, La Chapelle-la-Reine.

M. le Dr Toussaint, Argenteuil.

M. le Dr Hervé, La Motte-Beuvron.

M. le Président. — Je mets aux voix, chers confrères, l'adoption des deux propositions qui terminent l'exposé de M. Gassot (Adopté.)

M. le Dr Ledé (de Paris) fait à ce moment quelques observations, avec sa compétence spéciale, et le Président l'en remercie.

En ce qui concerne la composition de la commission, vous témoignez tant de confiance au conseil, que je n'hésite pas à vous demander, après avoir acclamé les noms ci-dessus, de nous donner pouvoir d'accepter d'autres bonnes volontés si elles se présentent, ou même de les rechercher si nous le croyons utile. (Adopté à l'unanimité.)

M. le Dr Bauzon. — Il me paraît utile, dès maintenant, de signaler à la commission l'intérêt qui s'attacherait à la proscription légale du biberon à tube, ainsi que j'ai eu l'occasion de le demander au Préfet de Seine-et-Oise. C'est un point capital sur lequel il importe de couvrir du premier coup le médecin inspecteur. (*Assentiment.*)

M. le Président. — Nous prenons note, cher confrère, de cette observation, dès aujourd'hui, et nous invitons tous ceux qui auront à en produire de ce genre, à nous les adresser aussitôt qu'ils le pourront.

Pour l'instant, Messieurs, je vous demanderai de dire si vous approuvez les choix faits pour composer la commission. (*Adopté à l'unanimité.*)

Des abus d'application du tarif de l'Assistance médicale.

M. le Président. — Votre Conseil de Direction s'est ému, chers confrères, d'une déplorable tendance prise par les administrations et les collectivités, à nous imposer la médecine à prix réduit. Il a demandé à M. le Dr Maurat de vous dire tout notre sentiment à ce sujet, et de provoquer une résolution d'ensemble, qui devienne le mot d'ordre du « Concours médical ». La parole est à M. le Dr Maurat.

M. le Dr Maurat. — Depuis la promulgation de la loi de 1893, nous avons vu entrer dans le vocabulaire administratif et parlementaire une locution ronflante, aux allures officielles, dont on abuse largement contre nous, comme si elle avait le caractère d'un texte de loi : je veux parler de ces mots magiques : *Tarif de l'Assistance médicale gratuite.*

Qu'est-ce que cela ?

Avez-vous connaissance d'un ukase qui ait ainsi réglé, pour tout notre pays de France, le prix de nos soins aux malheureux ? Pour mon compte, j'ignore ce document.

Je sais bien que, dans chaque département, les médecins ont facilité l'application de la loi de 1893, par des ententes très variables avec les Conseils généraux en matière d'honoraires. Je sais bien que ces petits parlements se sont très souvent montrés d'une pitoyable avarice à la signature de ces contrats ; que quelques-uns ont arraché à nos confrères, par abus d'autorité, des engagements trop onéreux ; que certains n'ont fait aucune démarche conciliante, et ont déclaré, avec la morgue la plus étonnante, que nous en passerions par leur volonté ou qu'ils n'organiseraient rien. Je me rappelle aussi que, devant les incertitudes des confrères négociateurs et les compromissions de quelques médecins accapareurs ou affamés, le *Concours* a dit : « Camarades, ne dépassez jamais la concession de 50 % ; c'est une question de dignité et de gagne-pain. »

Mais tout cela ne constitue pas, que je sache, un *Tarif de l'Assistance médicale* : pas même des conventions assez anciennes pour avoir la valeur des usages locaux.

Que peuvent donc vouloir dire ces chefs de service qui décrètent que les médecins soigneront leur personnel au *tarif de l'Assistance médicale* ?

Et ces députés qui emploient le même langage dans des textes de loi, qui en confient même l'application à des magistrats, savent-ils de quoi ils parlent ?

Evidemment non, puisqu'il n'y a rien derrière le mot.

Mais, ils ont pourtant une intention, les uns et les autres, et, malgré leurs habiletés, ils la montrent au grnd jour, dans toute son évidence : ils font de la générosité à nos dépens, de la popularité à nos frais ; *ils croient tout simplement avoir trouvé une formule pour exiger légalement la médecine à prix réduit.*

Et toutes les collectivités parasites du corps médical se précipiteut sur cette formule, comme des gens qui ont compris. Parbleu !

En présence de la loi sur les accidents du travail, ces pauvres compagnies d'assurances vous disent généreusement : « Oui, docteur, c'est entendu, nous vous payerons les certificats, au prix de tant par « sinistre, et les soins suivant le Tarif d'assistance médicale. »

— Qu'est ce que ce tarif ?

— Eh bien, vous savez, le tarif des indigents.

— Connais pas.

— Enfin, c'est quelque chose comme la moitié de vos prix ordinaires.

— Alors vous venez mendier pour vous, pauvres Compagnies, la moitié de mes honoraires ?

— Dame ! La loi dit : « *Au tarif de l'Assistance médicale.* »

Et on ne peut pas les faire sortir de là ! Elles ont compris nos députés, et se préparent à faire progresser la justice sociale, en ruinant la médecine, au profit des capitalistes ou des industriels.

L'Etat, lui, ou plutôt les personnages qui se succèdent devant nos yeux, pendant quelques mois ou quelques semaines, pour le représenter, l'Etat, dis-je, ne pouvant plus suffire aux besoins de ses fonctionnaires, tant ils sont nombreux, ne se contente plus de confier la santé des gendarmes à notre générosité ou à notre amour des médailles. On voit couramment les familles des cantonniers, des facteurs, etc... nous tomber sur les bras, par l'intermédiaire du bureau d'assistance. Mais cela ne suffisait pas encore, et voilà que, du fond des préfectures, sort la prétention de nous faire soigner à prix réduit, (au tarif de l'Assistance médicale, suivant la formule) tous ces semi-agents électoraux que tenta l'insigne du garde-champêtre, du garde-pêche, de l'éclusier, du cantonnier. (*Rires.*)

Et si vous répondez, par esprit de conciliation, qu'il y aurait lieu de réunir tous ces braves gens dans des Sociétés de Secours mutuels, plutôt que de les laisser tomber à la charité, on fait la sourde oreille, parce que ces Sociétés n'iraient pas sans des subventions dont le ridicule dévouement du médecin permet de faire l'économie, sans même lui en témoigner de reconnaissance.

Chers confrères, la situation est bien telle que je viens de la décrire, et le flot de la mendicité officielle monte sans cesse autour de nous, grossi de celui de la mutualité, et de tous les affluents nés des collectivités hostiles. Ne pensez-vous pas qu'il faille réagir enfin contre pareil danger ? Nous fûmes généreux, on en profita pour formuler des exigences, qui sont devenues des exactions. Il est temps, grand temps, de rétablir nos droits dans leur intégrité, dussions-nous, à cette fin, rompre avec de chères habitudes, tendre quelques relations, laisser calomnier notre caractère, Nous sommes au-dessus de tout cela : et d'ailleurs nécessité fait loi, puisqu'il s'agit de notre pain, et qu'on nous a poussés à bout. (*Assentiment général.*)

Si tel est votre sentiment, nous vous demandons de voter l'ordre du jour qui suit :

« Les membres du Concours médical, réunis en Assemblée générale le 20 novembre 1898, déclarent « n'avoir souscrit à des conventions qu'en vue de l'application de la loi de 1893 *à ceux qu'elle vise*, et refu- « sent d'en étendre le bénéfice à toutes autres catégories, dans la clientèle. » (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Adoptez-vous, Messieurs, cet ordre du jour dont la netteté semble ne laisser rien à désirer, et qui est bien notre cri du cœur devant les empiètements dont on nous menace ? (*Adopté à l'unanimité.*)

Etude des conséquences de la loi sur les accidents du travail.

M. le Président. — L'exposé général qui vient de vous être présenté par M. le Dr Maurat, fait allusion à une question d'actualité, dont nous avons tenu à préparer l'étude par une publication au journal : je veux parler des conséquences médicales de la loi sur les accidents du travail. Notre

intérêt se trouvera mis en jeu de diverses façons, en cette grave occurrence. M. le Dr Jeanne va s'efforcer de répondre aux observations que vous voudrez bien nous soumettre, d'élucider les points qui vous auraient paru obscurs, et de formuler les conclusions, qui résulteront de notre discussion.

Permettez-moi de solliciter d'abord vos communications.

M. le Dr Archambaud. — Messieurs, je sais et j'approuve la plupart des critiques qui se sont élevées, à la promulgation de cette nouvelle loi. Mais, au moment d'envisager ce que nous avons à faire pour éviter d'être lésés par son application, il me paraît indispensable de nous souvenir qu'elle représentera. pour nous, une amélioration par rapport à la situation actuelle. Vous savez ce qui se passe aujourd'hui au sujet de nos honoraires, dans les cas que vise cette loi ; je ne m'arrêterai pas à le rappeler. Je voudrais seulement empêcher qu'il fût dit que le corps médical, par une sorte de parti pris d'intransigeance, est capable d'en ajourner les heureux effets (elle en aura) ; je voudrais que l'attitude conciliante, seule favorable à l'étude, fût encore cette fois la nôtre, comme celle prise devant la loi de 1893. Cela peut se faire, je le crois, sans sacrifier rien de nos légitimes revendications. Nous sommes d'accord pour trouver bon le premier paragraphe de l'article 4, mais, si nous nous élevons, de toutes nos forces, contre le second paragraphe ; il serait peut-être sage, avant d'en demander la suppression, de rechercher par quoi on pourrait bien avoir l'idée de le remplacer. (*Assentiment.*)

M. le Dr Jeanne. — C'est mon sentiment, comme celui de M. Archambaud, que, même avec ses défauts, la loi des accidents constitue une amélioration par rapport au passé, et il y a vraiment, sur ce point, analogie, avec ce qui se présentait en 1893, si l'on ne considère que ce côté de la question.

Mais, si nous n'avons pas reculé devant de gros sacrifices à cette époque, pour permettre à notre pays, dont les budgets étaient plutôt en déficit, de proclamer et d'appliquer, partout, d'un seul coup, le droit à l'assistance pour les pauvres, pour ceux qui sont impuissants, même par le travail acharné, à subvenir aux terribles dépenses de la maladie, nous trouvons-nous aujourd'hui en présence d'un but analogue ? Certes non.

La loi de 1898 consacre tout simplement le devoir, pour l'industriel, d'assurer à ceux qui sont les artisans de sa fortune (des citoyens comme lui), les secours qu'il leur doit pour s'être blessés à son service. C'est une obligation exclusivement personnelle, dont il est tenu de se libérer sans avoir recours ni sur la société en bloc, ni sur l'Assistance publique, ni sur telles ou telles personnes quelles qu'elles soient. Il ne saurait rien nous demander autrement qu'à titre d'aumône, et pour nous il est un riche.

De plus, voyez quel singulier rôle nous jouerions, si nous allions, sans motifs, accepter bénévolement de prendre une part dans ses charges. A l'heure où toute notre législation cherche à s'orienter vers un peu de justice, un peu d'égalité, on nous convie, par un défaut de logique, que nous voulons mettre sur le compte des accidents parlementaires, à faire tomber parfois au rang d'un paria l'ouvrier d'industrie, à le soigner dans des conditions d'infériorité qui sont certainement incompatibles avec l'opinion qu'on lui a donnée de ses droits. On lésine, on triche avec lui, par ce deuxième paragraphe de l'article 4 ; et en même temps, on triche avec nous, en rognant *abusivement* sur les honoraires dus par l'industriel, sans dire à l'ouvrier qu'il devra compenser cela par de la reconnaissance..... envers nous seuls. (*Assentiment.*)

Nous n'avons donc pas le droit, comme en 1893, de faire de la générosité même apparente : elle ne serait au fond que de la complicité dans une manœuvre, que la classe ouvrière réprouverait vivement, si on lui en faisait constater la portée, à son endroit.

Je dirai donc : pas de concession sur le principe, et nous sommes obligés, par respect pour l'ouvrier, et par notre intérêt pécuniaire et moral, de réclamer la suppression du 2e paragra he de l'article 4, véritable lapsus législatif, amené par des préoccupations passagères, peut-être sans portée aujourd'hui.

Et ce même esprit d'intransigeance, j'estime que nous devons le conserver devant les propositions insidieuses qui nous seraient faites, soit par forfaits, soit par application de l'article 5 (substitution de la Société de secours mutuels *à prix réduit*), car tout cela tend vers le même but : une iniquité déguisée.

En revanche, chers confrères, je me retrouverai peut-être porté à la conciliation, sur un point particulier, quand vous aurez entendu les quelques mots que nous a promis M. de Grissac sur ce côté de la question qui s'appelle *nos futurs rapports avec les compagnies d'assurances accidents.*

M. le Président. — La parole est à M. de Grissac. (*Applaudissements.*)

M. de Grissac. — Messieurs, un hasard m'a permis tout dernièrement de m'enquérir, avec chance de renseignements autorisés, des projets qui pouvaient avoir été agités par les compagnies d'assurances-accidents, sur leurs futurs rapports avec nous, au jour où la loi deviendrait applicable. Un rendez-vous fut pris, où l'on devait arriver, de part et d'autre, en gens très documentés et désireux de voir s'il y avait un terrain d'entente, et, en cas d'affirmative, de le bien circonscrire en vue de pourparlers futurs. M. le Dr Jeanne s'était joint à moi.

L'entretien commença par l'exposé des projets, faciles à deviner, qu'avaient pu étudier les compagnies : service médical spécial, création de dispensaires, utilisation intensive des hôpitaux, vaste emploi du soi-disant *tarif d'assistance médicale*, découvert par le Parlement, etc..Notre réfutation suivit, ardente, inspirée par le sentiment de tous nos droits dans leur pleine intégrité. Il en fut conclu, avec sincérité, je crois, que c'était à nous de choisir le terrain d'entente. Et nous le délimitâmes ainsi, suivant les idées du Concours : *chaque certificat 5 fr., soit 10 fr., par sinistre et les soins payés au tarif minimum de la région.* Par des chiffres fournis de part et d'autre et des calculs faits en commun, séance tenante, il apparut que les résultats à attendre de ce régime se rap-

prochaient, sensiblement, des prévisions de charges envisagées par les Compagnies, et qu'elles pouvaient endosser. Un fait ressortait également, c'est que les frais médicaux, certificats compris, se monteraientpour chaque sinistre à 28 fr., moyenne approximative. Et, tout naturellement, on en vint à nous faire la proposition de forfaits à 25 fr. par sinistre, légère réduction légitimée par la sécurité de la créance, l'absence de formalités de recouvrement, de chicanes avec patrons et ouvriers. Nous reconnûmes que l'accord semblait bien près d'être réalisé sur les chiffres ; mais nous dîmes notre invincible répugnance pour le forfait, qui se présente toujours avec un caractère de défiance vraiment injurieux à l'égard du médecin, affirmant, qu'en cas d'abus, les Syndicats se prêteraient à des arbitrages sincères, et que, d'ailleurs, s'il y avait des suspects parmi nous, les compagnies ne tarderaient pas à les connaître et n'auraient qu'à se priver de leurs services. On nous répondit que notre argumentation était juste, que l'on pouvait donner satisfaction à cette légitime susceptibilité, en inscrivant dans les conventions, que le forfait était imposé, non par un esprit de défiance à l'égard du médecin, mais par la nécessité, pour les Compagnies, de serrer le plus près possible, d'avance, le chiffre de leurs prévisions.

Telles furent, Messieurs, la physionomie et les conclusions de cet entretien qui dura trois heures, et sur lequel on se quitta, avec le désir nettement formulé d'aller plus loin dans la voie de l'entente. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — D'autres confrères auraient-ils entendu de la part des Compagnies le langage tenu à MM. de Grissac et Jeanne ?

M. le Dr Treille. — Ces propositions ne m'étonnent nullement. Je suis médecin, dans la Creuse, d'une Société industrielle qui me rétribue par forfaits établis à 25 fr. le sinistre.

M. le Dr Beuve. — Le terrain choisi par MM. de Grissac et Jeanne est certainement acceptable pour les compagnies. Je suis médecin de l'une d'elles, dans ces conditions, et elle ne s'est jamais plainte que la charge fût trop lourde.

M. le Dr Jeanne. — Ces renseignements nouveaux me confirment dans l'idée que nos confrères verraient peut-être avec plaisir constituer une commission chargée de recevoir les propositions des compagnies et de rechercher une entente sur les bases que nous avons indiquées. (*Oui, oui.*) Je demanderais, en ce cas, qu'on voulût bien nous adjoindre M. le Dr Maussire, de Vesoul, membre du Concours médical et Secrétaire du Syndicat de la Haute-Saône, et M. le Dr Richard-Lesay, Président du Syndicat de Lille.

M. le Président. — Je mets aux voix cette proposition, en vous soumettant les noms de MM. de Grissac, Treille, Beuve, Maussire et Richard-Lesay, auxquels se joindrait le Conseil de Direction. (*Adopté.*)

M. le Dr Jeanne. — Pour en finir avec cette question, et en attendant les résultats que donnera peut-être la tentative d'entente, le Conseil de direction vous propose, Messieurs, d'adopter les résolutions suivantes qui réservent l'avenir :

1° Poursuivre la suppression du 2e paragraphe de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail ; 2° Ignorer, en tout cas, ce que l'on y a désigné sous le nom de rémunération au tarif de l'assistance médicale ; 3° Ignorer l'affiliation des ouvriers de l'industrie à des Sociétés de secours mutuels soignées à prix réduit ; 4° Ne nous lier par contrat avec aucune Compagnie d'assurances-accidents. (*Adopté.*)

Approbation des comptes du trésorier.

M. le Président. — La parole est au Dr Maurat pour la lecture de son rapport financier pour l'exercice 1897-1898.

1° Société civile du CONCOURS MÉDICAL

CAPITAL INALIÉNABLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1897, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	38.583 12
Espèces	95 83
TOTAL	38.678 95
Depuis cette époque 94 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de	922 95
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours Médical*.	
TOTAL	39.601 90

dont espèces : 1.018 78.

DÉPENSES.

Sur cette somme il a été acheté 2 obligations de la Ville de Paris 1896, nos 50.269 et 50.270 au prix de 399.75 l'une, soit	799 50
2/4 ob. Ville de Paris 1898, au prix de 108.50, nos 568.629 et 568.630	217 00
Notre capital inaliénable au 1er octobre 1898 est donc de :	
Portefeuille (1)	39.599 62
Espèces	2 28
TOTAL	39.601 90

CAPITAL DISPONIBLE

RECETTES.

Au 1er octobre 1897, l'avoir disponible était de	663 25
Depuis cette époque notre portefeuille a produit en intérêts	1.098 54
Ici le trésorier explique à l'assemblée comment il se fait que les intérêts du portefeuille ne progressent pas sensiblement avec le capital. Cela tient à la dimi-	
A reporter	1.761.79

(1) Au cours du 30 sept. 1898, 42.607.40.

Report........	1.761 79
nution d'intérêt de certaines valeurs telles que ob. foncières 85. Ville de Paris 86.	
Il a été reçu, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal la somme de........	165 00
Don du Dr Cézilly pour 1897........	500 00
Droits perçus sur les remplacements	187 40
TOTAL........	2.614 19

DÉPENSES.

Frais supplémentaires du banquet.....	794 25
Frais de réunion et déplacements.....	587 50
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts........	10 30
Indemnité à l'employé comptable (4 trimestres)........	50 00
Allocation votée en faveur des enfants du Dr Laffite (4e versement)........	200 00
Impressions diverses (tarif Jeanne)....	65 00
Droits de garde, timbre et divers......	20 33
Souscription en faveur du Dr Laporte..	50 00
Souscription au monument élevé à Guy Patin........	20 20
Don voté par la dernière assemblée au Sou médical........	500 00
TOTAL........	2.297 58
Balance en faveur de l'actif..........	316 61

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1898, à :

Capital inaliénable........	39.601 90
Capital disponible........	316 61
TOTAL........	39.918 51

2e Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1897 :

Portefeuille........	11.152 80
Espèces........	130 91
Créance sur un membre participant...	300 00
TOTAL........	11.583 71

RECETTES.

Intérêts de l'année courante........	308 93

DÉPENSES.

Achat de 1 obl. Ville de Paris 1892, lib., n° 77,695........	403 00
Droits de garde et de timbre........	6 77
TOTAL........	409 77

L'avoir de la caisse de Prévoyance des assurés sur la vie se décompose donc ainsi au 1er octobre 1898 :

Portefeuille........	11.555 80
Espèces........	30 07
Créance sur un membre participant...	300 00
TOTAL........	11.885 87

L'approbation des comptes, mis aux voix, est voté par l'assemblée.

Projet de Budget pour l'exercice 1898-99.

Notre cher Directeur, le Dr Cézilly, vient de m'annoncer qu'il faisait ainsi que les années précédentes un don de 500 fr. à la Société civile. Je l'en remercie ici en votre nom à tous et je vous donne lecture du projet de budget pour l'année prochaine.

RECETTES.

Avoir disponible........	316 61
Revenu du *portefeuille* (*environ*).......	1.103 39
Droits sur les remplacements........	220 00
Don du Dr Cézilly........	500 00
Dons probables........	160 00
TOTAL........	2.300 00

DÉPENSES

Frais supplémentaires du banquet.....	800 00
Frais de réunion et déplacements.....	500 00
5e et dernière annuité en faveur des enfants du Dr Laffite........	200 00
Disponible........	800 00
TOTAL........	2.300 00

L'assemblée décide que cette somme restera à la disposition du Conseil pour parer à l'imprévu.

Le Trésorier,

Dr MAURAT.

Propositions diverses.

M. le Dr Richard-Lesay. — Le « *Concours médical* » nous a *signalé dernièrement. Messieurs, le* danger nouveau, qui paraît à l'horizon, sous cette forme : la mutualité scolaire. Le Syndicat de Lille, après avoir pris connaissance du travail lu au Syndicat de la Vienne, et de l'attitude adoptée par celui-ci, et approuvée par le Concours, s'est empressé de voter un ordre du jour dans le même sens. Au nom du Syndicat de Lille que j'ai l'honneur de présider, j'apporte ici le vœu que l'accueil de tous les membres du Concours à cette organisation nouvelle, soit partout identique au sien. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Je regrette l'absence de M. le Dr Courgey, qui viendra seulement au banquet. Il eût souhaité prouver, par un exemple, que la mutualité scolaire peut être organisée, sans nous causer de préjudice, à condition que l'on veuille bien se préoccuper d'éviter cet inconvénient. Mais j'entends répéter autour de moi que M. Courgey n'a pas prévu ces objections : 1° On ne nous consultera pas sur l'organisation ; 2° on fait entrer dans la mutualité scolaire des enfants appartenant à des familles aisées ; 3° ces sociétés, future pépinière des mutualités d'adultes, y apporteront ou maintiendront la tache originelle qui nous est si préjudiciable, participation des gens pour qui la mutualité n'a pas été faite. Répondant donc à ce qui me semble le sentiment général de l'Assemblée, je mets aux voix le vœu de M. le Dr Richard. (*Applaudissements. Adopté à l'unanimité.*)

M. le Président.— Nous avons reçu diverses propositions que le Conseil a étudiées. M. Jeanne est chargé de vous dire quelle suite il nous paraît bon de leur donner, pour offrir satisfaction à leurs auteurs, et à vous tous, si tel est votre sentiment.

M. le Dr Jeanne. — Il s'agit, chers confrères, de nos desiderata au sujet de la réforme fiscale, et de la loi sur l'exercice de la pharmacie. Nous ne pouvons nous livrer ici à une discussion de ces questions : l'une serait prématurée, l'autre par trop rétrospective. Mais l'impression générale est assez connue pour pouvoir être nettement traduite à ceux qui devront en tenir compte. Nous proposons qu'en votre nom le Conseil de Direction adresse à chaque député ou sénateur une lettre sous enveloppe fermée, l'invitant :

1° A poursuivre la révision de la loi Roussel, au moment voulu, suivant les indications que fournira la Commission constituée tout à l'heure ;

2° A réclamer la suppression du 2e paragraphe de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail ;

3° A se souvenir, dans l'étude des réformes budgétaires, que les signes extérieurs ne traduisent pas du tout la situation de fortune du médecin ; qu'ils sont, pour lui, des instruments de travail, ainsi qu'on l'a considéré pour la bicyclette de ceux qui appartiennent au service d'assistance médicale, et qu'il y a lieu de le spécifier dans la loi ;

4° A nous laisser sous le régime de l'ancienne loi de la pharmacie, plutôt que de nous exposer, par le vote du projet, qui fut heureusement décapité à la fin de l'autre législature, à voir gravement compromis l'intérêt public et l'intérêt des médecins, qui sont encore identiques en cette matière.

J'ajoute que le Sou médical a résolu tout à l'heure, sur la proposition de M. le Dr Richard (d'Isigny), de relever à l'*Officiel* et de publier tous votes, projets, actes, etc.., des confrères du Parlement sur les points qui touchent les intérêts médicaux. Vous serez donc ensuite pleinement édifiés sur l'efficacité de la mesure que nous vous proposons. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Approuvez-vous, chers confrères, cette initiative de la Société du Concours ? (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Dr Bazot. — Le Syndicat de Joigny serait désireux de voir le Concours joindre aux quatre demandes ci-dessus, le vœu suivant :

« Que nos confrères du Parlement, profitant de la première occasion favorable, fassent consacrer le principe de la nécessité de l'expertise, en cas de contestation d'honoraires, et de la contre-*expertise* dans les *faits* de responsabilité médicale.»

M. Lordereau, conseil judiciaire. — Ce serait aller, je crois, à une manifestation stérile. J'en comprends et j'en apprécie bien la légitime portée ; mais vous vous heurterez aux grands principes des codes, qui consacrent le pouvoir discrétionnaire des juges. Il sera beaucoup plus profitable de changer les habitudes, en renouvelant les actes de solidarité du genre de celui que le *Sou médical* a *pratiqué envers votre confrère de l'Yonne. Comme cela, vous pouvez beaucoup ; de* l'autre façon presque rien. Si vous voulez m'en croire, ne demandez, à vos collègues du Parlement, que ce qu'ils peuvent vous obtenir. (*Approuvé.*)

Les Sanatoriums et autres établissements médicaux.

M. le Président. — J'ai prié M. le Dr Jeanne de vous dire en deux mots, chers confrères, si notre campagne commencée en 1895, en faveur du développement des sanatoriums et des autres établissements médicaux spéciaux, avait donné des résultats. La parole est à M. le Dr Jeanne.

M. le Dr Jeanne. — Notre appel à l'initiative des médecins, pour la création de Sanatoriums, n'est pas resté sans écho. Il nous plaît même de constater que, suivant le conseil des plus autorisés d'entre nous, et particulièrement du Dr Le Gendre, qui l'a nettement formulé au Congrès de la tuberculose, nos confrères semblent opter pour les projets peu ambitieux, où le nombre des malades et le chiffre de la dépense sont prudemment limités. Nous n'avions en France il y a quatre ans que le Sanatorium du Canigou à Vernet-les-Bains, propriété d'une société étrangère : depuis cette époque, nous avons pu apprendre à nos lecteurs l'ouverture des sanatoriums de Durtol (près de Clermont-Ferrand), créé par le Dr Sabourin ; de Pau, créé par le Dr Crouzet ; d'Aas, près Eaux-Bonnes, créé et dirig. par le Dr Portas ; de Birmandréis près d'Alger, dirigé par le Dr Verhaeren.

Deux autres sont à l'état de projet très avancé dans l'Aveyron (Les Palanges et Aubrac) ; enfin, un dernier se réalisera probablement l'année prochaine. Le mouvement tant désiré se dessine donc, et il est bon de faire remarquer que presque toutes ces heureuses initiatives ont été prises par des membres du Concours médical, ou en ont reçu l'appui à divers titres.

Nous pourrions en dire autant d'autres établissements médicaux indispensables que le Journal aura l'occasion de vous signaler avant peu, au fur et à mesure qu'ils s'ouvriront. Ils répondent à un véritable besoin, et détourneront le courant qui entraînait à l'hôpital nos malades payants, au préjudice de nos intérêts les plus légitimes. (*Applaudissements.*)

Comité médical d'initiative pour la création en France de sanatoriums populaires.

Le Dr Le Gendre réclame de la part de la Société du Concours Médical son appui dans la campagne qu'un comité médical d'initiative est en train de mener, en faveur de la création de sanatoriums *populaires* en France.

Dans le dernier Congrès de la tuberculose tenu à Paris en juillet dernier, la question des sanatoriums a été traitée avec l'ampleur qu'elle mérite. Le traitement rationnel hygiéno-diététique du sanatorium, a été une fois de plus proclamé supérieur à tous les autres. Mais comment en faire bénéficier le plus grand nombre possible de tuberculeux français ?

En Allemagne, les sanatoriums sont très nombreux ; il y en a non seulement pour les classes riches et aisées, mais, grâce à un grand mouvement d'opinion, il s'en est créé aussi pour les pauvres. La Suisse a commencé à imiter l'Allemagne. En France, qu'avons-nous ? Trois ou quatre établissements au plus, accessibles seulement aux malades aisés ; mais pour les petites bourses, pour les indigents ! Il est vrai que de louables efforts ont été tentés avec succès, pour nous doter d'établissements fournissant, à une certaine classe de tuberculeux indigents, l'air de la campagne, le repos et une abondante nourriture. Nous rendons hommage à la création de l'Œuvre des Enfants tuberculeux (Ormesson, Villiers-sur-Marne), à l'Œuvre des Jeunes Filles tuberculeuses (Villepinte). Nous n'oublions pas les noms de MM. Hérard et Léon Petit ; mais ces œuvres ne peuvent rendre service qu'à un petit nombre de malades. L'assistance publique de Paris a, depuis plusieurs années, jeté les bases du sanatorium d'Angicourt, dont on ne peut encore prévoir l'ouverture et qui ne donnera que bien peu de lits. Un Lyonnais bienfaisant, M. Mangini, aura, sans doute, réalisé à Hauteville, avant les Parisiens, le premier sanatorium pour les pauvres. Mais qu'est-ce que ces tentatives partielles, pour combattre un fléau comme est celui de la tuberculose dans notre société française ?

Les deux facteurs principaux de la dépopulation sont l'alcoolisme et la tuberculose : il appartient aux médecins qui le savent, de le répéter sans cesse à leurs concitoyens et aux législateurs. Au sujet de la prophylaxie de la tuberculose, M. le professeur Grancher a fait cette année, à l'Académie de Médecine, un

rapport d'une merveilleuse clarté ; au Congrès de la tuberculose, un jeune médecin, M. le Dr Sersiron a fait un rapport sur le traitement des indigents tuberculeux, et il a montré après tant d'autres, que l'assistance publique ne fait rien pour soigner les tuberculeux, rien pour prévenir la dissémination de la tuberculose dans la classe pauvre.

A l'issue du Congrès, dans lequel M. Letulle avait demandé qu'une croisade fût entreprise pour secouer l'apathie administrative, un comité médical d'initiative s'est constitué pour la création en France de sanatoriums populaires.

A la tête de ce comité est M. le professeur Grancher, autour duquel se sont groupés plusieurs médecins des hôpitaux et agrégés.

Ce premier groupe étudie les meilleurs moyens de provoquer, dans l'opinion publique, un de ces grands courants, qui sont nécessaires, dans notre pays, pour secouer l'inertie des pouvoirs publics. Il fait appel à tout le corps médical pour obtenir son appui ; il a déjà récolté de nombreuses adhésions ; mais il en désire plus encore ; aussi les membres du Concours Médical agiront-ils patriotiquement en joignant leurs adhésions à celles qui ont été déjà reçues. Pour adhérer, il suffit de remplir une formule d'adhésion ainsi conçue : *Je soussigné* (nom, prénoms, titre scientifique), *docteur en médecine, domicilié à ...., envisageant l'impossibilité matérielle où se trouvent actuellement les tuberculeux indigents français de suivre le traitement rationnel hygiéno-diététique du sanatorium, déclare adhérer, en principe, au Comité médical d'initiative formé pour la création de sanatoriums français populaires.* SIGNATURE.

N. B. — Cette formule d'adhésion n'engage à rien celui qui la signe ; elle n'a qu'un but : permettre aux bonnes volontés de s'affirmer, afin qu'on puisse les grouper facilement, quand le moment d'agir sera venu. Envoyer le bulletin à M. le Dr Sersiron, 44, rue Saint-Placide, Paris.

M. le Dr Le Gendre. Messieurs : l'adhésion à cette œuvre est dans la ligne du Concours ; je partage le sentiment que vous avez manifesté, de votre droit, de votre devoir de vous associer, de vos deniers, à la création des sanatoriums ; et je souhaite la réussite de tous les projets en ce sens. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Tous nos remerciements à M. Le Gendre pour son intéressante communication que nous sommes heureux d'avoir provoquée. Il connaît la puissance du « Concours médical » en matière de propagande ; il s'est souvenu que nous sommes dévoués, corps et âme, à toutes les belles tâches sociales. Il peut compter sur nous, ainsi que ses collaborateurs du *Comité médical d'initiative pour la création en France de Sanatoriums populaires.* Vous le voyez, chers confrères, M. le Dr Jeanne avait raison de dire que notre appel n'était pas resté sans écho, et que vraiment le mouvement se dessine et s'accentue. (*Applaudissements.*)

Caisse des pensions de retraite.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Sutils pour vous donner connaissance de l'état de la Caisse des pensions.

M. le Dr Sutils.— Fondée en 1884, par le *Concours médical*, sur les bases du projet élaboré par M. Lande, la Caisse de retraite publiait son premier bilan le 31 décembre de la même année, bilan arrêté au chiffre de F. 21,417 66.

Pendant dix ans, accumulant ses cotisations, ses revenus, plaçant au fur et à mesure, capitalisant en un mot, elle constituait une véritable fortune, et soldait son bilan au 31 décembre 1894 par le chiffre de F. 524,360 98.

A partir de 1894 commence le service des retraites et la première année elle sert des retraites pour la somme de F. 5.243.

En 1897, vingt et un retraités se partagent la somme de F. 15,395 90.

Ce qui n'empêche pas la fortune de l'Association de s'accroître dans une proportion considérable, puisque le bilan de l'année dernière se soldait au 31 décembre par le chiffre de F. 688,103 64.

Et que, aujourd'hui (juillet 1898), il dépasse la somme de F. 730.000.

Telle est l'histoire financière de notre œuvre, résumée en quelques gros chiffres.

Elle a servi depuis 1894 une somme de F. 46.616 30 à ses retraités.

Sa fortune s'élève à plus de F. 730,000.

Ses revenus à près de F. 20,000.

La Caisse de réserve, dont le but est d'assurer le service des retraites en cas d'insuffisance des revenus ordinaires, a reçu l'année dernière F. 50,000.

En trois ans, son capital s'est élevé à F. 157,167,63.

On voit que l'avenir est assuré.

Le Capital inaliénable possède une fortune de F. 525,246 86.

Enfin, la Caisse auxiliaire a une encaisse de F. 4,989 14. (*Applaudissements.*)

Société de protection des victimes du devoir.

M. le Président. — M. le Dr Giberton-Dubreuil malade, vient de me faire parvenir par son fils, un futur médecin, l'état de la caisse dont il devait nous donner connaissance.

Recettes.	
Espèces en caisse au 1er janvier 1898	792 20
Recettes diverses	305 »
Total	1.097 20
Dépenses.	
Secours à Madame Mérandon	60 »
Frais généraux	0 75
Total	60 75
Reste en caisse à ce jour	1.036 45
Cette somme, jointe à 285 fr. de rente 3 % amortissable au porteur valable au cours du 15 novembre 1898	9.547 50
constitue l'avoir total de la Société, soit	10.583 95

Dr GIBERTON-DUBREUIL.

Nous prions M. Robert Giberton de transmettre à notre dévoué Trésorier tous nos remerciements avec nos regrets et nos souhaits de bonne santé. (*Applaudissements*.)

M. le Président. — L'heure s'avance, bien pressante. J'avais conservé l'espoir de pouvoir faire lire les lettres d'excuses de nos absents, car plusieurs vous eussent été bien agréables. Nous devons nous borner à prier nos aimables secrétaires de les mentionner au procès-verbal.

Nos dévoués commissaires, les Drs Pannetier, Mignon, nous réclament près de nos invités. Je lève cette séance si bien remplie, et vous donne rendez-vous à tout à l'heure, car je veux vous dire, la coupe en main, tout le bien que je pense de mes collaborateurs, c'est-à-dire de tous les fidèles de nos assemblées et de tous les membres du Concours médical. (*Salve d'applaudissements*.)

Le Compte-rendu du banquet sera publié au prochain numéro.

BULLETIN D'ADHESION

A LA SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE « LE CONCOURS MÉDICAL »

Et d'Abonnement au Journal le « CONCOURS MÉDICAL »

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉS), ...

.... *Médecin à* ....

arrondissement d .... *département d* ....

date de la naissance .... *reçu en* .... *désire faire partie des Membres de la* **Société du Concours Médical**, *dont j'accepte les statuts, et je déclare m'abonner au journal le « CONCOURS MÉDICAL » à partir du* ....

A .... *le* .... 189 .

(SIGNATURE)

Membre de l'Association ou du Syndicat de ....

ou présenté par M. le Dr ....

(Tout Membre d'une Association médicale n'a pas à se faire présenter par un parrain.)

NOTA. — Conformément à la décision de l'Assemblée générale du 7 novembre 1886 et sur l'offre du Directeur du Concours, chaque adhérent nouveau peut se dispenser de verser son droit d'entrée à la Société, s'il s'abonne au journal, le Directeur du journal faisant abandon, à la Société, du prix de la première année d'abonnement.

Les abonnements partent du premier de chaque mois. On peut envoyer un mandat-poste; à défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de Poste.

Affranchir ce Bulletin et l'adresser à M. l'Administrateur du **CONCOURS MÉDICAL**

23, rue de Dunkerque, Paris.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

Vingtième année. N° 50 10 DÉCEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

1re ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DU « SOU MÉDICAL »

Tenue le 20 Novembre 1898.

La séance est ouverte à 3 heures 1/2, sous la présidence de M. le docteur Cézilly, président.

Prennent place à ses côtés : MM. Maurat, Jeanne, secrétaire-général, Gassot, trésorier. Gatineau, Conseil judiciaire. Hervouet, et Huguenin, secrétaires, et Mignon, secrétaire des séances.

Allocution du Président.

Le Président ouvre la séance par l'allocution suivante :

Chers Confrères,

Le Secrétaire Général du Sou Médical est très occupé ; il rencontre, chaque jour, dans son travail, des difficultés toutes particulières. car le domaine de notre œuvre est très étendu. Aussi attendons-nous de vous tous, Messieurs, une vigoureuse impulsion ; notre œuvre peut faire de grandes choses, ses bienfaits ne sont limités que par ses ressources ; mais c'est à la condition que chacun de nous travaille à une active propagande ; nous avons déjà reçu un nombre inespéré d'adhésions, nous avons déjà rendu de grands services ; mais ces derniers ne sont rien en comparaison de ceux que nous pouvons rendre dans l'avenir, si tous, Messieurs, nous apportons au Sou Médical toute notre bonne volonté, toute notre ardeur à le propager et à le soutenir. Nos statuts ont déjà été publiés. Notre infatigable secrétaire général, M. le docteur Jeanne, va vous exposer nos premiers pas et nos premiers succès. (*Applaudissements*).

Rapport du Secrétaire général.

Messieurs et chers Confrères,

Nous avons encore présent à la mémoire, l'accueil enthousiaste que vous fîtes, l'année dernière, à l'idée de la création du *Sou médical*, ligue de protection et de défense professionnelles, dont M. le Dr Gassot vous indiquait à grands traits les services futurs. Le projet datait de quelque temps déjà, dans les ordres du jour du Conseil de Direction du Concours médical. Nous sentions l'absolue nécessité de doter la profession d'une sorte d'assurance contre tous les mécomptes inhérents à celle-ci. Après avoir mis à votre portée, l'indemnité en cas de maladie, la pension pour les vieux jours ; après vous avoir offert le moyen de garantir du *pain* à ceux que la *mort* peut priver du jour au lendemain des ressources que vous leur procuriez, le Concours vous devait de trouver la formule d'une œuvre de prévoyance, à prime très modeste, qui fût appelée à traduire, par des actes, toutes les fois que vous en auriez besoin, l'appui tutélaire de la solidarité professionnelle. Ce fut la grosse préoccupation du Conseil pendant les premiers mois de 1897. Il y consacra de longues études.

Un jour, enfin, nous tombâmes d'accord pour reconnaître que le temps était passé des appels fortuits et intermittents, sous la forme de souscriptions en faveur d'infortunes ; qu'il fallait une organisation permanente, dont les bénéfices, d'ordre très varié, difficiles, même, à prévoir, seraient réservés aux participants et résulteraient d'un droit reconnu en principe ; que la cotisation devrait être réduite au minimum, pour être accessible à tous, c'est-à-dire au chiffre que donne l'ouvrier prévoyant, quand il entre dans la mutualité, le *sou quotidien* ; qu'on ne pouvait rien espérer, après calculs et expérience, d'une prime moins élevée, ni de cotisations réclamées, seulement, au fur et à mesure des besoins et des éventualités ; et enfin, en revanche, que les recettes devaient être dépensées sans le moindre souci de créer des réserves pour nos petits-neveux.

Ces divers points acquis, notre projet tenait debout, sur des bases solides. Il ne restait plus qu'à donner un nom à l'œuvre, à déterminer son champ

d'action, et à vous demander ce que vous en pensiez.

A cette question, qui vous fut posée à l'heure où l'émotion causée par l'aventure du Dr Laporte était à son comble, vous avez répondu, chers confrères, par l'unanimité des suffrages.

Le *Sou médical* était fait. (*Applaudissements.*)

Vous nous avez demandé alors de consacrer l'année 1898 à sa mise en marche, de préparer les règlements intérieurs, de préciser les détails du fonctionnement (propagande, recouvrement des cotisations, choix d'un Conseil judiciaire, rapports avec les autres Sociétés, instructions aux sociétaires, touchant les demandes d'intervention) de choisir la forme de la Société et d'en rédiger les statuts.

La lecture des nos 15, 17, 28 et 41 du *Concours médical* vous a fait connaître que la tâche était remplie.

Nous avons choisi comme Conseil judiciaire M. Gâtineau, avocat, 28, rue Tronchet, dont le concours nous fut déjà des plus précieux dans la rédaction des statuts.

Nous avons publié, à mesure qu'elle s'allongeait, la liste des adhérents. Nous sommes aujourd'hui 320.

A tous les confrères qui se montraient, ou que nous savions les plus empressés et les mieux placés pour organiser la propagande, nous avons offert les fonctions de dizenier, en les priant de constituer des groupes le plus rapidement possible ; d'aider le Trésorier dans le recouvrement des cotisations et le Secrétaire général dans les enquêtes pour les interventions qui se produiraient en leur région.

Et l'œuvre est mise en marche à tel point que j'ai à vous faire le brillant exposé des services qu'elle a déjà rendus.

Dans ce coup d'œil forcément rapide sur les actes du Sou médical pendant l'année, il importe, pour plus de clarté, d'établir une sorte de classification. C'est ce que nous ferons en rapprochant, sous quelques rubriques seulement, les cas que nous avons à signaler.

I° *Avis et consultations.*

Onze sociétaires ont été tirés d'embarras, par des renseignements que nous avons dû recueillir, afin de les mettre à leur disposition. Il s'agissait là de choses très variées, telles que : 1° détruire l'effet de réclames lancées par des confrères, dans des feuilles locales ; 2° faire cesser un conflit né entre médecins, au cours d'une période électorale ; 3° indiquer l'attitude à prendre, pour un médecin menacé dans le droit que lui donne l'article 27 de la loi de germinal ; 4° documenter plusieurs intéressés sur les incompatibilités qui existent ou non entre les fonctions de maire et de médecin de l'hôpital, ou de conseiller général et d'inspecteur des enfants du premier âge ; 5° protéger un spécialiste, en électrothérapie, contre un établissement de bains qui lui faisait une concurrence acharnée, à grand renfort de réclame ; 6° donner la formule de conciliation, dans des litiges relatifs à des cessions de clientèle, et couvrir, même, un acquéreur contre les prétentions rétrospectives du cédant, etc., etc.

Dans toutes ces circonstances, nous n'avons pas eu à intervenir pécuniairement, mais nous n'en avons pas moins joué un rôle utile, très goûté des intéressés.

II. — *Mesures de bienfaisance.*

1. Vous vous souvenez, Messieurs, de l'appel adressé à tous les lecteurs du *Concours* pour obtenir l'indication d'un poste destiné à un de nos sociétaires qui, surchargé de famille, succombait sous le déficit, malgré une lutte acharnée contre l'adversité. Au moment où nous parvenaient vos nombreuses réponses, les voisins et rivaux de notre confrère, mus par l'élan de solidarité que nous avions provoqué, lui abandonnaient spontanément leur part d'un fixe important (1200 fr.) et le tiraient ainsi d'une fâcheuse situation. Enregistrons avec l'admiration qui convient, ce bel acte de générosité, et soyons fiers d'en avoir été les inspirateurs.

2. Un autre médecin, très âgé, nous a prié de faire valoir, près d'une Société locale, ses titres à une pension viagère. Nous pouvons lui annoncer que le succès est obtenu et que ses vieux jours sont désormais assurés.

3. *Deux* sociétaires nous ont demandé si nous serions disposés à avancer les frais de traitement dans une maison de santé (sous garanties sérieuses) de deux confrères morphinomanes, leurs parents, tombés à leur charge et désireux de guérir de leur intoxication. Nous avons répondu oui, mais en imposant aux malades cette condition : « Engagement d'honneur écrit, de se libérer dans un délai « de 5 ans, et de ne pas réitérer leur demande si, « après guérison, ils retombaient dans la funeste habitude. »

Mais les pourparlers en sont restés là : l'engagement ne vient pas. Cette condition restrictive est-elle légitime ? Elle était, en tout cas, imposée par l'exiguïté de nos ressources actuelles. Vous direz, Messieurs, s'il convient de la maintenir quand nous serons plus riches. (*Assentiment.*)

4. La même raison, insuffisance de recettes, nous a empêchés d'effectuer un prêt de 500 fr. à 3 % pour une durée de six mois. Il vous appartient, par l'ardeur dans la propagande, de nous mettre en mesure, le plus tôt possible, de rendre des services de ce genre.

III. — *Poursuite de l'exercice illégal.*

Dès les premiers jours de la période d'organisation, nous avons fait appel à nos sociétaires et aux Syndicats, pour qu'ils nous signalent des affaires à suivre. Bon nombre de lettres nous parvinrent, racontant, en termes très vifs, mais absolument vagues, les méfaits des empiriques, des prêtres, des religieuses, des dormeuses de la Vendée, etc...

De documents précis, un seul, celui que nous dénonçâmes par lettre ouverte au Ministre de la Justice ; le *Syndicat des Deux-Sèvres* qui nous l'avait fourni, croit savoir que le Parquet s'est enfin ému : nous restons à la disposition de cette Société pour l'aider dans sa campagne.

Nous avons pris des engagements fermes envers le *Syndicat du Sud-Est* au sujet de *deux* actions qu'il intente à un rebouteur et à un pharmacien. L'ardeur et l'initiative, dont fait preuve ce Syndicat, nous créent incontestablement le devoir de lui venir en aide de toutes nos forces. Comme il convient (disons-le en passant) de tenir l'œuvre à la disposition de nos Caisses syndicales les moins riches, nous vous demandons, Messieurs, d'approuver la convention type. que nous leur proposons et qui est ainsi conçue : « *Le Bureau de chaque syndicat, ou de chaque société, fera une active propagande dans les rangs des médecins de sa région, afin de procurer des adhésions au* Sou médical ; *en revanche, le concours de celui-ci sera acquis, dans toute la mesure possible, au syndicat et à la société qui auront à faire acte de protection en faveur d'un de leurs membres adhérents à notre caisse.* » (*Adhésion unanime*).

D'une façon générale d'ailleurs, l'année a été meilleure que les précédentes pour la répression de l'exercice illégal : vous avez pu en juger par le nombre des condamnations que le *Concours* a publiées. Si la naissance du *Sou médical* a pu contribuer à secouer l'inertie en cette matière, nous nous applaudirons d'avoir éveillé un esprit de salutaire concurrence, car il reste beaucoup à faire, et toutes les bonnes volontés ne seront pas de trop.

IV. *Recouvrements d'honoraires.*

Nous avons été saisis d'un bon nombre de demandes d'intervention, relatives à des recouvrements d'honoraires. Quelques-unes n'ont pu être accueillies, parce qu'elles ne contenaient aucun litige d'intérêt général, et que nous ne pouvions nous substituer ainsi, sans motifs valables, à l'huissier ou aux agences spéciales. *Six* ont dû être abandonnées après étude approfondie du Conseil judiciaire, soit parce qu'elles avaient été mal enga-

gées, soit parce qu'il n'existait aucune chance de les voir favorablement résolues. S'entêter à les présenter devant un tribunal, c'était courir à une dépense inutile et faire confirmer les vues de la jurisprudence dans un sens nuisible à nos intérêts. Pour l'une d'elles, cependant, où la magistrature avait réduit, sans motifs, la note de notre confrère, nous avons tenu à protester en indemnisant celui-ci des 200 fr. qu'on lui retranchait, et cela au su du tribunal qui l'avait lésé. *Sept* se sont terminées à la satisfaction des demandeurs, apportant toutes quelque petit appoint à l'amélioration de la jurisprudence que poursuit l'œuvre. Quatre fois, par exemple, il a été fait application d'un arrêt de la Cour de cassation du 4 décembre 1872 qui dit « que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel du médecin, peut être considéré comme s'étant par là obligé solidairement avec le malade, au payement des honoraires ». Salutaire avis à ceux qui font de la générosité sur notre dos pendant toute la maladie, et qui se dérobent au quart d'heure de Rabelais. — Une fois, l'établissement d'une note, d'après le tarif Jeanne, sans en diminuer le total, a levé les scrupules d'un magistrat hésitant. Une fois aussi, comme l'avait dit déjà le tribunal de Murat, il a été jugé que les soins donnés à un blessé, entré comme payant à l'hôpital, devaient être payés au médecin. Une fois, enfin, un tribunal a consacré le droit du médecin traitant de toucher les honoraires du consultant, en même temps que les siens, sur la même note, suivant la méthode proposée par le Concours, l'année dernière, pour couper court à toute insinuation de dichotomie, sans que l'un des collaborateurs coure le risque d'être évincé, après avoir vu l'autre disparaître grassement payé.

Les deux dernières demandes sont encore sans solution, mais il nous est permis de penser qu'elles recevront satisfaction.

V. *Responsabilité médicale.*

Vous vous souvenez, chers confrères, de l'émotion avec laquelle vous avez accueilli l'année dernière nos propositions de défensive en cette matière, et de l'insistance que vous mettiez à nous recommander de nous hâter de ce côté. Or, sur cinq affaires de ce genre venues en 1898 à notre connaissance, deux ont été tranchées favorablement, l'une à Alger, l'autre à Lyon, sans que nous ayons été sollicités d'intervenir. Nous avons été mêlés aux trois autres d'une façon plus ou moins discrète.

1. La première, dans laquelle M. le Dr Bouvier, de Grand-Fresnoy (Oise), se trouvait menacé, après mille tracas et un gros préjudice en clientèle, de s'entendre condamner à payer 45.000 fr. pour n'avoir pas fait, d'une façon tout à fait complète, un diagnostic à peu près impossible, vous a été contée tout au long au n° 19 du Journal de cette année. Elle s'est terminée de façon heureuse, après un lumineux rapport d'experts. Le *Sou médical* y a joué le rôle que réclamait le confrère intéressé, et nous sommes fondés à la compter parmi les succès qui nous ont donné le plus de plaisir. (*Applaudissements.*)

2. La seconde se résume ainsi : M. le Dr M.. prescrit un jour à un jeune homme de l'huile de foie de morue phosphorée. Avait-il indiqué la dose de phosphore sur l'ordonnance ? L'instruction ne semble pas avoir fixé ce point. Quoi qu'il en soit, le malade suit la prescription pendant de longs mois. Un jour, le jeune frère du malade, pour un état analogue, reçoit de M. M. la même prescription. Cette fois la préparation est demandée à un autre pharmacien. Celui-ci, sans réclamer du médecin une indication de dose, fournit une huile de foie de morue dont il improvise la formule, sur des donn es plus ou moins exactes. L'enfant prend le remède pendant quelques jours, tombe malade et meurt, empoisonné, *dit-on*, par le phosphore.

Plainte du père contre pharmacien et médecin, autopsie, expertise, contre-expertise, etc... Au bout de quelque temps, ordonnance de non-lieu à l'égard du médecin, mais celle-ci est cassée, sur pourvoi de la famille, et le 2 novembre, notre confrère est appelé devant le tribunal correctionnel, sous l'inculpation de faute lourde (1).

3. La troisième s'est présentée dans les circonstances suivantes : Un de nos confrères poursuivait un client en recouvrement d'honoraires : ce client répond par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, accusant le médecin d'avoir, par faute grave, amené la mort du malade : en même temps, il déposait une plainte dans ce sens entre les mains du Procureur de la République. Le médecin estime que l'accusation ne tient pas debout, mais il réclame réparation pour le préjudice qu'elle lui cause. Nous avons résolu de le soutenir, dès qu'il nous aura fixés, par documents, sur le point de responsabilité médicale, qui constitue le seul danger de l'affaire, mais qui lui donne aussi tout son intérêt.

VI. *Litiges avec les collectivités.*

1. Vous avez tous lu, chers confrères, le jugement de Charleville obtenu par M. le Dr Ranson contre la Société de Secours mutuels de Monthermé. Dès que M. Ranson nous avertit qu'il partait en guerre, nous mîmes le Sou médical à son entière disposition, afin qu'il fût à même de porter sa cause devant toutes les juridictions nécessaires. La victoire a été obtenue du premier coup : il est désormais jugé que les Sociétés de Secours mutuels qui ont pris des engagements vis-à-vis de nous, ne peuvent s'en affranchir, sans desserrer les cordons de la bourse. De plus, le jeune confrère qui avait été l'instrument de la campagne contre M. Ranson, s'est ravisé et a fait amende vraiment honorable, comme nous le lui demandions. C'est un succès pour la confraternité en même temps que contre les Sociétés hostiles. Espérons que nos adhérents voudront bien désormais ne plus se laisser maltraiter par les mutualistes, sans nous envoyer leurs protestations, car nous sommes résolus, toutes les fois que cela sera possible, à les soutenir énergiquement dans ce genre d'affaires. (*Applaudissements.*)

2. M. le Dr S., médecin exclusivement attaché au service de deux compagnies industrielles pour soigner leurs ouvriers, est un jour victime d'un accident de voiture, celle-ci appartenant aux Compagnies et étant conduite par leur cocher. Pendant de longs mois il est immobilisé par une fracture comminutive de la jambe, et se fait remplacer à ses frais dans son service. (Heureusement il était membre de l'Amicale). Au moment où il reprenait ses occupations, il se voit, tout à coup, chercher des querelles d'Allemand par le Directeur des Compagnies, et finalement, on lui offre, pour résilier son contrat, une indemnité dérisoire, et..., on le remplace. Nous n'avons pas hésité, après étude du dossier par le Conseil judiciaire, à promettre tout notre appui à M. le Dr S. pour obtenir indemnité convenable, motivée par sa blessure, son renvoi, et le préjudice causé. M. S. a constitué avoué, nous lui avons avancé la provision demandée et l'affaire suit son cours. Il est probable que, grâce à nous, le confrère obtiendra d'importants dommages-intérêts, et que les Compagnies industrielles apprendront ainsi que, même vis-à-vis du médecin, on ne rompt pas les engagements, au gré du caprice et sans souci de la responsabilité pécuniaire encourue (*Vif assentiment*).

3. Une aussi grosse question d'argent est en litige entre M. le Dr G. et la Société qui exploite un établissement thermal. Celle-ci a violé un traité écrit, signé et valable pour onze années, et la violation porte un gros préjudice à notre sociétaire. Après

(1) Une dépêche nous apprend qu'il vient d'être acquitté, ainsi que le pharmacien, après une déposition de MM. Brouardel et Vibert, contre-experts, dont la chaleureuse éloquence a entraîné la conviction du tribunal, et détruit les bases de l'accusation (intoxication par le phosphore). (*Applaudissements.*)

constatation du droit formel de celui-ci, nous n'avons pu refuser de l'aider dans une action en dommages-intérêts, et nous souhaitons vivement que de beaux billets de mille francs viennent compenser la perte qu'il éprouva, en abandonnant sa situation passée, pour se mettre au service de cette Société thermale.

4. Nous nous proposions aussi de venir au secours de M. le Dr C. qui, refusant systématiquement sa collaboration à une sage-femme dangereuse par ses pratiques, encourait le risque d'être poursuivi par elle. Il l'a été, en effet, mais le tribunal a déclaré que son abstention systématique était fondée sur des motifs louables, et l'a acquitté haut la main. C'est là un arrêt fort intéressant par ses conséquences : nous félicitons M. le Dr C. d'avoir plaidé si énergiquement la cause de la sécurité publique, et de l'avoir fait triompher.

5. Nous avons enfin promis, également, de soutenir un de nos sociétaires qui, ayant servi d'intermédiaire pour placer en nourrice un enfant naturel, se voit réclamer par la nourrice les mensualités, alors qu'il sait pertinemment et peut prouver par témoins, qu'elles ont été versées par quelqu'un de la famille de l'enfant. Il nous informe aujourd'hui qu'il est à peu près sûr du succès.

VIII. *Réclamations administratives.*

Le Sou médical a aussi pris à cœur de faire lever, dans un but d'intérêt général, l'interdiction de vendre le pèse-béb .s du Dr Sutils. Sur une démarche de notre président, le Ministre du Commerce a renvoyé la demande à la Commission compétente, dite de métrologie, et un membre du Concours a dû intervenir tout récemment près d'une des personnes chargées de l'examiner.

IX. *Conférences du Sou Médical.*

Enfin nous nous sommes préoccupés du moyen d'être utiles aux enfants ou parents de nos sociétaires, qui sont en cours d'études médicales, et de mettre à leur disposition des conf .rences et cours pratiques qu'ils ne trouveraient qu'avec peine à la Faculté. En ce qui concerne cette branche d'activité, nous n'en sommes qu'à l'organisation, mais les principaux éléments sont déjà trouvés. Sous peu, nous n'aurons plus à souhaiter qu'une chose, *c'est que les intéressés veuillent bien s'inscrire pour profiter gratuitement des moyens spéciaux d'instruction que nous aurons mis à leur portée, et, s'il se produit quelques retards, ils ne seront pas de notre fait.*

En terminant, permettez-moi de vous donner lecture de la lettre suivante de notre confrère M. le Dr Getten, que j'ai reçue avant hier.

Pouillon (Landes), 16 novembre 1898.

Monsieur et cher Confrère,

J'eusse vivement désiré assister à l'Assemblée générale constitutive du « Sou médical », et présenter de vive voix au Conseil d'administration mes chaleureux remerciements, pour sa bienveillante protection à mon endroit.

Malheureusement, une trop grande distance, et des exigences professionnelles momentanées, qui tiennent à une meurtrière épidémie de fièvre typhoïde, m'empêchent de déserter ma clientèle.

C'est avec un bien vif regret que je dois m'abstenir de la fête annuelle de la Solidarité médicale française.

Aussi, je vous prie, Monsieur le Secrétaire général, d'être mon interprète auprès de nos confrères du « Sou médical » et de leur faire agréer mes sincères excuses.

J'espère bien, d'ailleurs, être plus exact à la prochaine Assemblée générale, et pouvoir vous dire alors, à tous, moi-même, les heureux résultats qu'auront obtenus la brillante éloquence et la science juridique de notre distingué Conseil, Me Gatineau, au moment du dénouement de mon procès, qui ne peut tarder plus longtemps........ Il s'agit, en l'espèce, d'une question qui intéresse le corps médical entier : le droit pour le médecin (mari-médecin) d'hériter de son épouse, quoiqu'il lui ait donné ses soins de dernière maladie.

Avec mes excuses, veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'hommage de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Getten,
du « Sou médical ».

Là s'arrête, chers confrères, l'exposé de nos actes pour cette première année d'exercice. Il se résume en 46 interventions légitimes, en grande majorité suivies de succès pour les médecins qui les ont sollicitées. 46 ! et nous ne sommes que 300 sociétaires ! Qui disait donc que le *Sou médical* ne trouverait pas à s'employer, que les cotisations trop élevées ne seraient pas dépensées intégralement, que nous ne rendrions pas tous les services promis ? (*Applaudissements répétés.*)

La vérité est : que nulle Société médicale ne peut dresser pareil bilan de bons offices ; que notre caisse est engagée dans de gros procès où nous dépenserons beaucoup d'argent, pour éviter de grandes pertes aux confrères menacés ; qu'enfin, l'œuvre a commencé à tenir *toutes* les promesses que nous faisions en son nom l'année dernière, et que l'on n'a plus le droit de dire chimériques.

Désormais renseignés, chers confrères, vous pourrez vous livrer à une propagande acharnée en faveur du *Sou Médical*. Si vous rencontrez, dans cette tâche, des indifférents, des imprévoyants, des hostiles même (car il paraît qu'il en existe), mettez sous leurs yeux ce compte-rendu où les faits parlent seuls, mais avec toute l'éloquence désirable : par ce qui s'est fait, qu'ils jugent de ce qui se fera.

Et, si vos interlocuteurs ne se déclarent pas alors convaincus au point de donner leur adhésion, n'insistez pas ; c'est que pour eux la confraternité, la solidarité, ne sont que des mots, tant qu'ils n'ont pas besoin d'y faire appel pour leur propre intérêt. Mais soyez convaincus que le jour où ils se sentiront menacés, ils se souviendront de votre prédication. Souhaitons seulement que ce ne soit pas trop tard. (*Applaudissements prolongés.*)

M. le Dr Jeanne :

Je reçois encore aujourd'hui de bonnes nouvelles : le Sou médical va trouver de nouveau à s'employer sans tarder.

M. Cézilly :

« M. Jeanne appelle bonnes nouvelles, des affaires qui vont lui donner beaucoup de mal ; ce n'est pas une fois, mais mille fois que nous devons l'applaudir. » (*Applaudissements réitérés.*)

M. Jeanne :

« Messieurs et chers Confrères,

Je suis profondément touché et vos applaudissements sont ma meilleure récompense. »

M. le Président donne ensuite la parole à M. le Trésorier pour la lecture du rapport financier.

Rapport de M. le Dr Gassot, trésorier.

Messieurs et chers Conf ères,

Le rapport du trésorier du *Sou médical* est d'une simplicité élémentaire, il pourrait consister en une double addition et une soustraction. Je crois que, sans être prolixe, je dois ajouter quelques explications complémentaires.

Nos recettes se sont élevées à 4.573 fr. 15, savoir :

Cotisations..............................	3.745 30
Dons	826 60
Recouvrements	1 25
Total..................	4.573 15

Les cotisations ne sont pas toutes rentrées encore, notamment celles qui doivent être recouvrées par la poste : elles rentreront vraisemblablement d'ici la fin de l'année.

Les dons comprennent celui de la Société civile

du Concours médical, soit 500 fr., celui du Dr Cézilly, soit 200 fr., ceux du Syndicat du Sud-Est et du Syndicat de Roubaix qui sont respectivement de 50 fr. et de 25 fr. etc.....

Les dépenses se sont élevées à 1406 fr. 02, savoir :

Frais de propagande initiale..	612 35	820 10
Acquisition de matériel.......	207 75	
Imprimés	14 00	35 92
Poste et transports divers.....	8 25	
Recouvrements et rappels......	12 27	
Timbres quittances............	1 40	
Indemnités aux associés......		550 00
Total............		1.406 02

Les frais de propagande ont compris l'envoi de 13.500 circulaires (impression, bandes, frais de poste etc....). C'était une dépense nécessaire pour nous faire connaître — elle ne se renouvellera plus, non plus que la dépense d'acquisition de matériel (registres, carnets des dizeniers, etc....) suffisante pour nombre d'années.

Il convient d'ailleurs de remarquer que ces frais d'installation sont couverts par les dons qui nous ont été faits en dehors de nos ressources annuelles normales.

Les dépenses de fonctionnement, 35 fr. 92, sont, on en conviendra, aussi restreintes que possible.

Enfin, les indemnités versées aux Associés se sont élevées à 550 fr., ne comportant que 3 espèces. Il faut se rappeler que diverses instances sont engagées et que nous aurons de ce fait de sérieux versements à opérer.

En somme, la balance du compte accuse un excédent de 3.167 fr. 13.

Total des recettes	4.573 15
Total des dépenses...........	1.406 02
Reste................	3.167 13

Ce qui ne veut pas dire que nous songeons à capitaliser : je rappelle, en effet, que des dépenses sont engagées actuellement et que, d'autre part, les cotisations versées ne partent pas toutes du commencement de l'année. L'interdiction de capitaliser ne veut pas dire d'ailleurs que les ressources du *Sou médical* seront dépensées à tort et à travers, pour égaliser en fin décembre les recettes et les dépenses. Nous dépensons nos ressources au fur et à mesure des besoins et c'est bien là l'esprit de nos statuts. (*Applaudissements.*)

Permettez-moi maintenant, chers Confrères, de répondre à une objection qui nous a été faite bien souvent : « Un sou par jour, c'est peu de chose sans doute et si on le versait tous les jours personne ne le refuserait certainement — mais on verse au bout de trois mois, de six mois, d'un an et c'est alors 4 fr. 50 ou bien 9 fr. ou encore 18 fr. qu'il faut sortir à la fois d'une bourse souvent mal garnie, et on y regarde ; si la cotisation était réduite à 6 fr. ou même à 3 fr. par an, on aurait dix-huit fois plus d'adhérents ».

La chose est certaine, mais avec 3 ou 6 fois moins de ressources on aurait dix fois plus d'occasions d'intervenir et les derniers qui se présenteraient à la caisse risqueraient fort de se heurter à un guichet fermé par force majeure. (*Rires.*)

Sans ressources suffisantes, nous ne pouvons rien faire, et notre raison d'être est précisément l'action continuelle. Ecoutons les conseils que donnait naguère, dans l'*Année médicale de Caen*, mon excellent confrère et ami, le Dr Marais : Nous versons des cotisations à l'Orphéon local, à la Société de tir ou de gymnastique, à tant d'autres œuvres d'une aussi prestigieuse utilité, et nous hésiterions pour donner notre sou quotidien ! Qui ne paie pas le sou peut être regardé comme un faux frère à un moment où plus que jamais nous avons besoin de nous sentir les coudes pour lutter contre des ennemis dont le nombre va sans cesse augmentant. (*Adhésion générale.*)

Je terminerai par quelques considérations plus terre à terre.

Je prie instamment les membres du Sou de ne pas attendre la fin de l'année pour envoyer leur cotisation, en raison du surcroît de travail qu'occasionnent ces envois simultanés dans un court espace de temps, en raison aussi des nécessités où se trouve le Conseil d'administration d'équilibrer son budget. Nombre des membres du *Sou médical* sont membres de *l'Association amicale* ; ne pourraient-ils envoyer leurs deux cotisations en même temps ? Cela éviterait des frais et simplifierait le travail.

Les dizainiers pourraient procéder de même en deux envois, l'un en janvier, l'autre en juillet.

Tous, croyez-le bien, nous vous serons reconnaissants de vouloir bien simplifier notre tâche déjà fort lourde.

Enfin, Messieurs, faites toujours et partout de la propagande : c'est par ses œuvres que se justifie l'indispensable utilité du *Sou médical*, faites-le comprendre autour de vous et, si une première fois vous n'étiez pas écoutés, ne vous découragez pas et revenez à la charge : saisissez toutes les occasions, les réunions intimes comme les Assemblées syndicales, pour convertir les indifférents et les amener à nous.

Songez à ce que pourrait faire ce sou quotidien multiplié par les douze mille que nous sommes ! (*Applaudissements.*)

M. le Président.— Je mets aux voix l'adoption des comptes de M. le Dr Gassot. (*Adopté.*)

M. le Dr Gassot.— Notre cher Président m'informe Messieurs, qu'il fait un nouveau don de 100 fr. au *Sou Médical*. Je tiens à le remercier ici en votre nom et au nom des absents. (*Applaudissements.*)

Propositions.

M. le Président :

« Messieurs, notre domaine est très étendu. Nous sollicitons vos propositions. »

M. le Dr Vignes :

« Le *Sou médical* donne-t-il son appui à tous ceux qui le sollicitent, ou seulement à ses membres participants ?

M. le Dr Jeanne :

« Non : il faut être membre du *Sou* pour en profiter ».

M. le Dr Vignes :

« Mais vous avez parlé des Syndicats ! »

M. le Dr Jeanne :

« Il y avait des conditions spéciales à leur imposer auparavant : nous l'avons fait.

M. le Dr Rousseau :

« Je propose que l'on fasse imprimer le rapport de M. le Secrétaire général et qu'on le distribue aux dizainiers, pour faciliter à ceux-ci une propagande plus active. »

M. le Dr de Grissac :

« Pourquoi ne pas nous en donner à tous, pour les distribuer parmi tous les Médecins de France ? »

M. le Dr Gassot :

« A tous les médecins de France, c'est trop. Ce serait de gros frais et beaucoup d'exemplaires pourraient ne pas être lus ou être perdus. Il me semble qu'il suffirait d'en fournir seulement les dizainiers. »

Un assistant demande qu'on en adresse à tous les Membres du Concours.

M. le Dr Cézilly :

« C'est inutile. Ils l'auront dans le Journal. »

M. le Dr Richard-Lesay :

« Ne pourrait-on pas en adresser un exemplaire ou même plusieurs aux présidents de Syndicats ? »

M. Cézilly :

« Si vous le voulez bien, laissez au Bureau le soin de cette distribution. »

Adopté.

Discussion des statuts.

M. le Président fait ensuite procéder à la lecture des statuts publiés au n° 15 du Journal, et en propose la discussion.

Les 24 articles sont adoptés, sauf l'article 5 et l'article 16 qui sont légèrement modifiés. Voici le texte des statuts définitifs.

Statuts du Sou Médical.

Art. 1er. — Sur l'initiative et sous le patronage de la Société civile du Concours Médical, il est fondé une Ligue de protection et de défense professionnelle entre les médecins qui adhéreront aux présents statuts.

Pourront aussi faire partie de la Ligue les étudiants en médecine ayant déjà pris inscription, les internes et les externes des hôpitaux.

Art. 2. — Le but de la Ligue est de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés, dans l'exercice de leur profession, et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber.

La Ligue procurera à ses adhérents son influence, ses conseils, son appui moral et pécuniaire, dans toutes les difficultés, dont la solution intéresse le corps médical tout entier, telles que les questions de jurisprudence médicale, de défense contre l'exercice illégal, les empiètements des collectivités, etc.

Art. 3. — La forme légale de la Ligue est la forme syndicale. — Sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

Art. 4. — Son siège est à Paris, actuellement, 23, rue de Dunkerque.

Art. 5. — Tout médecin ou tout étudiant se trouvant dans les conditions spécifiées dans le 2e § de l'article 1er qui voudra faire partie de la Ligue, devra « envoyer sa demande au Conseil d'administration » et verser entre les mains du Trésorier ou de son représentant, « soit directement, soit par l'intermédiaire d'un dizainier » la cotisation annuelle.

Le Conseil d'administration statuera à chaque séance sur les demandes d'admission.

Art. 6. — Le défaut de versement de la cotisation, après un rappel par lettre recommandée, implique la démission du sociétaire et sa renonciation aux avantages assurés par la Ligue.

Les sociétaires qui auront cessé de faire partie de la Ligue, pour la raison prévue au précédent paragraphe, ne pourront être réadmis qu'après versement des cotisations arriérées et des frais de rappel ci-dessus prévus.

Art. 7. — Les sociétaires démissionnaires n'ont aucun droit aux sommes versées par eux à quelque titre que ce soit.

Ces sommes demeurent acquises à la Ligue.

Art. 8. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, des dons et de toutes sommes généralement quelconques qui peuvent parvenir à la Ligue, de quelque source que ce soit.

Art. 9. — La cotisation exigible des membres de la Ligue est calculée sur la contribution journalière de cinq centimes. Elle est de 18 francs par an.

Art. 10. — L'administration du fonds social est confiée au conseil d'administration qui décide de son emploi, d'après les règles tracées par l'Assemblée Générale.

Art. 11. — *La Ligue ne capitalise pas* : elle dépense ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres.

Art. 12. — Les fonds de la Ligue sont déposés, en compte courant, dans une caisse publique et n'en peuvent être retirés qu'au fur et à mesure des besions, sur décision du Conseil d'administration.

Art. 13. — La Ligue est administrée par un Conseil d'administration composé de neuf membres : un Président, deux vice-présidents, deux syndics, un secrétaire-général, un Trésorier, un secrétaire des séances et un trésorier adjoint.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Lorsque les membres présents au conseil formeront un nombre pair, la voix du président ou à son défaut, du Vice-Président sera prépondérante, en cas de partage.

Aucune décision ne peut être prise sans que cinq membres, au moins, du Conseil d'Administration soient présents.

En cas d'absence du président ou des vice-présidents, les membres présents du Conseil nomment un président pour la séance.

Art. 14. — Le Conseil d'Administration statue sur les demandes des adhérents, qui voudront obtenir le concours de la Ligue.

Il délègue, en cas de besoin, un ou plusieurs de ses membres pour faire les démarches qui seraient jugées nécessaires.

Il décide s'il y a lieu d'accorder à l'adhérent l'appui pécuniaire de la Ligue et dans quelle proportion cette aide lui sera fournie.

Art. 15. — La signature sociale appartient au Président du Conseil d'Administration ou, à son défaut, aux Vice-Présidents qui ne pourront en faire usage que pour les besoins de la société et conformément aux décisions du Conseil d'Administration ; la signature appartient au trésorier pour les retraits de fonds en compte courant, reçus, quittances, etc.

Art. 16. — Les membres de ce Conseil sont élus par l'Assemblée Générale au scrutin secret et à la majorité absolue des votants pour une durée de cinq années. — Ils sont rééligibles.

Art. 17. — Deux membres élus, chaque année, en Assemblée Générale, sont chargés de contrôler les opérations de la Ligue. Ils adressent à l'Assemblée Générale suivante leur rapport sur la gestion du Conseil d'Administration. Ils peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, ainsi que les registres de la comptabilité.

Art. 18. — La Ligue est représentée, dans chaque Département, par des correspondants spéciaux désignés par le Conseil d'Administration, au fur et à mesure des besoins. Les correspondants ont pour mission de recevoir les adhésions à la Ligue, de recueillir les cotisations, d'adresser au Conseil d'Administration tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires, d'assurer en un mot par leur action locale le bon fonctionnement de la Ligue.

Art. 19. — Chaque année, les membres de la Ligue sont, par les soins du Conseil d'Administration, convoqués en Assemblée Générale, pour approuver les opérations de la Société et la gestion du Conseil d'Administration, pour délibérer enfin sur les questions qui leur seront soumises par le Conseil.

Art. 20. — L'Assemblée Générale statue souverainement quel que soit le nombre des membres qui la composent. Nul n'a le droit de se faire représenter à l'Assemblée Générale. Les votes par correspondance ne sont pas admis.

Art. 21. — Le compte rendu des séances de l'Assemblée Générale est dressé par les soins du Conseil d'Administration et publié au journal le *Concours médical*... Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de la Ligue.

Art. 22. — Toute motion, qui devra être tranchée par un vote en Assemblée Générale, doit avoir été préalablement soumise au Conseil d'Administration pour permettre à celui-ci de l'étudier.

Art. 23. — Des règlements intérieurs, délibérés en Assemblée Générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions de la mise en pratique des présents statuts.

Art. 24. — La dissolution de la Ligue ne peut être prononcée que par une Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des membres présents. L'Assemblée qui prononcera la dissolution déterminer a l'emploi qui devra être fait des fonds dont elle pourrait disposer.

M. le Dr Diacre :

« Quelle sera notre attitude vis à vis des médecins étrangers ?

M. le Dr Gassot :

« Possibilité d'admission après enquête approfondie sur leur conduite confraternelle. (*Adopté.*)

Election du Bureau.

M. le Président :

« Messieurs, je mets aux voix l'approbation des actes du bureau provisoire ».

M. le Président :

Ces actes sont approuvés à l'unanimité.

« Nous allons passer maintenant à la constitution du bureau définitif. C'est une bonne fortune pour nous de pouvoir compter sur le concours de MM. les Drs Legendre et Lepage, médecins des hôpitaux, qui, arrivés à une situation supérieure, n'ont jamais cessé d'apporter au Concours médical leur bonne volonté. Je vous propose de les nommer au bureau. »

M. Maurat :

« Je propose la liste suivante :

Président : M. le Dr Cézilly.

Vice-Présidents : MM. les Drs Legendre et Lepage.

Secrétaire général : M. le Dr Jeanne.

Trésorier : M. le Dr Gassot.

Trésorier adjoint : M. le Dr Bazot.

Syndics : MM. les Drs Rousseau et De Grissac.

Secrétaire des séances : M. le Dr Mignon.

Contrôleurs : MM. les Drs Huguenin et Giberton-Dubreuil.

Cette proposition est adoptée sans modifications et le bureau définitif est constitué.

M. le Dr Jeanne :

« Laissez-moi remercier les confrères qui nous ont si considérablement aidés dans notre tâche, MM. les Drs Marais, Rousseau, de Grissac, Bouchain, Bazot, et tous nos premiers dizainiers. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Richard, d'Isigny, m'écrit ceci :

« Je propose un abonnement à l'*Officiel*, de façon à pouvoir y relever les différents votes des confrères du Parlement, et de savoir à quoi nous en tenir sur leur façon de soutenir les intérêts de la corporation. »

La proposition est adoptée.

M. le Dr Gassot :

« Pour simplifier le service des recouvrements, je propose de ne pas faire payer aux membres les frais de poste. »

La proposition est repoussée, chacun pouvant prendre à sa charge les quelques centimes de frais, ce qui fera au total une assez grosse économie pour le Sou médical.

Un membre ajoute qu'il sera même inutile de recommander les lettres contenant les mandats.

M. le Président :

« Il ne nous reste plus qu'à nous faire reconnaître officiellement.

Nous devons maintenant adresser tous nos remerciements à M. Gatineau, et lui demander de continuer ses bons offices. » — Adopté à l'unanimité.

M. Gatineau :

« Messieurs, je vous adresse mes remerciements avec un empressement d'autant plus grand que j'ai pu apprécier avec quel ensemble de bonnes volontés votre Société s'est formée. De plus en plus, il faut que vous vous sentiez les coudes. Depuis trop longtemps vos droits ont été méconnus. Le Sou médical a une indiscutable utilité devant nos tribunaux et il est indispensable qu'il continue à être dirigé et administré comme par le passé par son bureau qui de provisoire est devenu définitif. Et je suis d'autant plus heureux de vous apporter mes lumières que je connais tous vos besoins et toute l'utilité du Sou médical ; une œuvre comme celle-ci, dirigée comme elle est, ne peut maintenant que durer et grandir et rendre des services considérables. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à 5 heures

Le Secrétaire des séances, Dr Mignon.

19me ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

DU 20 NOVEMBRE 1898

BANQUET

Vers sept heures et demie cent convives, cent camarades, se trouvaient à table, bien disposés à faire honneur au menu ci-dessous servi suivant les habitudes de la maison Marguery, si hospitalière aux médecins :

MENU

Dîner du 20 novembre 1898

Potages.
Bisque et Princesse

Hors d'Œuvre.
Crevettes, Beurre,
Harengs russes, Olives.

Relevé.
Soles Joinville.

Entrées.
Râble de Chevreuil
sauce Chasseur.

Chapon Truffé à la Lucullus,
Sorbets au Cherry Brandy.

Rôt.
Perdreaux et Cailles à la Broche

Salade.
Foies gras à la gelée.

Légumes.
Pointes d'Asperges à la Crème.

Entremets.
Bombe Glacée.
Gaufres.
Fromages, Fruits, Dessert

Vins.
Bordeaux Médoc.
Sauterne supérieur.
Saint-Pierre, Saint-Julien.
Corton.
Champagne Bardoux de Rilly
Café. Liqueurs.

A mesure que le repas s'avançait, la cordialité rapprochait ceux qui, tout à l'heure, s'étaient assis à côté l'un de l'autre, un peu en inconnus, venant de latitudes si diverses. Bien avant le champagne, on en était à la plus franche camaraderie, cette caractéristique constante de nos agapes annuelles.

Les applaudissements éclatent au dessert, dès que notre Directeur se lève pour prononcer le toast suivant :

Messieurs,

Les Sociétés, issues du « Concours Médical » se multiplient ; les réformes d'intérêt professionnel que nous avons tâché d'obtenir, se caractérisent.

L'oubli des services rendus dans un passé déjà lointain est bien facile, et nous serions portés volontiers à considérer, comme venues toutes seules, sociétés et réformes.

J'ai été, depuis 1879, témoin journalier de la somme de travail énorme, de discussions, de correspondances, que de très nombreux collaborateurs ont fournie. Je désire, en votre nom, leur dire ce soir, notre gratitude.

Pour la fondation du Concours, vous avez été, tous, mes collaborateurs, alors que je n'avais d'autre titre à votre confiance que ma bonne volonté, et quelques idées, d'ailleurs forcément peu précises, idées qui ont peu à peu pris forme concrète, grâce à vos conseils et à vos encouragements.

Le nom du Dr Gassot, de Chevilly, et la fondation du Concours se confondent. J'étais seul ; nous avons été deux, et c'est alors que je retrouve les ouvriers de la première heure : Marais, Fischer, Ribard, Rabourdin, Destrem, Lebrun, Perron et tant d'autres.

Vous vous rappelez, je l'espère, la part que Gassot, Jules Geoffroy, prirent à notre première entreprise, la Révision de la loi sur l'exercice de la médecine : et celle de notre regretté Chevandier, dont la nouvelle loi qui nous régit, porte le nom.

C'est à cette époque que MM. Legendre, Barette, Lepage, deviennent mes collaborateurs scientifiques avec quelque succès, précédés par Geoffroy, et suivis par Paul Huguenin.

C'est l'époque, aussi, de l'énorme travail motivé par l'organisation de nos syndicats médicaux, avec les Gibert, Barat-Dulaurier, Marguerite, Mignen, Leroy, Lécuyer et bien d'autres. Ce travail se continue, et il est loin d'avoir encore porté tous ses fruits.

Vous fîtes ensuite votre Caisse des pensions de retraite, avec le Conseil de Direction et les Lande, Delefosse, Verdalle, Benoit, et tous ceux à qui la question était familière.

Vint, après cette œuvre mémorable, l'Association amicale avec Gassot, Maurat, et un nouveau-venu, un bienvenu direz-vous tous avec moi, Hippolyte Jeanne, et mon très spirituel et vaillant collègue en journalisme, Paul Archambaud.

Ils ont imprimé à la Société une *vitalité* qui assure son développement incessant.

Vous avez enfin décidé votre Sou médical, et c'est encore à la foi, à l'ardeur au travail de nos chers amis Gassot, Maurat, Jeanne, que vous en devez l'éclosion. Ils vous ont prouvé, cette année, que l'œuvre prospérera sûrement, puisque les services qu'elle peut rendre ne sont bornés que par ses ressources.

Je n'ai parlé que de vos œuvres essentielles ; si je touchais aux organisations accessoires, que de noms je devrais rappeler ici ! Je devrais vous nommer tous.

Nous avons conquis deux nouveaux collaborateurs : le premier M. Léon Labbé, qui vous a offert de venir ce soir pour vous aider à redresser les défectuosités de la loi Roussel ; son crédit au Sénat nous fait bien augurer du succès. Le second, M. le Dr Dubuisson président du Syndicat du Sud-Finistère, député de Chateaulin, qui, avec nous, reconnaît le préjudice que nous causera la loi sur les accidents du travail et veut y porter remède.

Qu'ils soient les bienvenus.

A peu près tous les vaillants, les laborieux que je viens de nommer, n'ont qu'un seul titre, celui de docteur en médecine, comme nous. Mais ils ont le cœur haut, et qu'ils soient bien assurés que le fruit de leurs labeurs ne sera pas perdu ; ils auront fait du bien à leurs confrères.

Messieurs, je lève mon verre à la mémoire des collaborateurs, heureusement très rares, que nous avons perdus et je bois à la santé et à la longue vie de tous ceux qui ont rendu tant de service, en sacrifiant leurs rares loisirs au Concours Médical. (*Applaudissements.*)

Monsieur Labbé,

Vous êtes le dernier venu parmi les collaborateurs du Concours médical : l'année prochaine, le dernier venu sera le premier, comme au Ciel, et nous espérons bien que vous viendrez alors ici, pour que nous puissions boire au succès de notre entreprise, car vous allez certainement nous promettre tout à l'heure de ne point vous reposer sans avoir mené à bien *l'opération* que nous confions à vos mains expertes.

Nous aurons besoin, à la Chambre, d'un assistant, nous vous confierons aussi le soin de nous le choisir au courant des meilleures méthodes, les vôtres.

Le toast du directeur, dont les divers passages sont accueillis par des applaudissements est clos par un ban.

Toast du Pr Labbé.

Le Dr Labbé a porté un toast dont nous n'avons pu nous procurer le texte précis :

Il a dit en substance qu'il était très heureux de se trouver au milieu des nombreux confrères se rattachant aux œuvres créées par le *Concours médical.*

L'occasion de cette entrée en relations avec ce groupe si important de médecins qui, depuis de nombreuses années, ont consacré leurs efforts à la défense des intérêts professionnels, lui a été fournie par les dénonciations qui ont été dirigées contre un certain nombre de nos confrères remplissant en même temps les fonctions de Conseillers généraux, et de médecins des Enfants de la Protection du premier âge.

Précisément deux de ses confrères et amis du département de l'Orne ont été victimes de pareilles dénonciations, et c'est le désir de prendre la défense de ses compatriotes qui l'a poussé à écrire à ce sujet au Dr Cézilly.

Ce dernier s'étant mis immédiatement en rapport avec lui, et lui ayant manifesté le désir de lui voir prendre en main, au Sénat, la défense de la corporation tout entière à ce sujet, et de lui voir en même temps poursuivre la modification de la loi Roussel, M. Labbé a accepté, bien volontiers, de remplir ce rôle confraternel.

Il dit qu'ayant été un des heureux de la profession, et puisque sa situation actuelle lui permet, peut-être, de rendre quelques services d'ordre général à ses confrères, il considère comme un devoir étroit de marcher dans cette voie.

Il assure ses confrères du Concours médical de tout son dévouement et les prie de le considérer, désormais, comme l'un des leurs.

Il boit au développement et à la prospérité de ces œuvres confraternelles qui ont pris déjà un si grand développement, et dont, à juste titre, il attribue la création, pour la plus grande part, au D. Cézilly.

Les paroles du Pr Labbé sont couvertes d'applaudissements.

Toast du Dr Dubuisson.

Mes chers Confrères.

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à votre banquet.

Si je me demande les raisons de cette invitation faite à un inconnu, à un étranger à votre société, je pense que votre dévoué président m'a désigné comme député-médecin, auteur d'amendements à la loi sur les accidents du travail, et comme président du syndicat du Sud-Finistère.

Il a pensé que si le syndicat du Sud-Finistère m'a maintenu à la présidence depuis sa fondation c'est parce que mes confrères étaient convaincus de mon absolu dévouement et aussi parce que j'ai réussi à organiser dans le département du Finistère le service de l'assistance médicale gratuite dans des conditions avantageuses pour le corps médical.

Vous pouvez être assurés, mes chers confrères, que je suis tout disposé à soutenir les demandes de l'ensemble des médecins, comme j'ai soutenu celles de mes confrères finistériens.

Nouveau venu à la Chambre, mon crédit y est limité, et, d'autre part, vous savez que les médecins sont vus avec défiance.

Néanmoins je suis et serai toujours prêt à soutenir toutes les propositions qui seront faites dans le but de vous faire rendre justice, et de donner satisfaction aux légitimes revendication du corps médical. *(Applaudissements.)*

Toast du Dr Jeanne.

Chers Confrères,

La gaieté qui régnait tout à l'heure, s'est changée en applaudissements frénétiques à l'adresse de ceux que vous venez d'entendre.

Cela nous repose, n'est-ce pas, de l'ardeur quasi-belliqueuse qui, tantôt, animait nos discours, quand nous préoccupait la lutte contre tant d'adversaires, qui, je me hâte de le dire, ne sont pas du monde médical.

Laissez-moi donc m'inspirer d'une lettre que nous adressait hier M. le Dr Lambry, de Courtenay, président du Cercle médical de Montargis, et ancien président du Syndicat du Loiret. J'y relève cette phrase: « L'ère nouvelle que vous avez inaugurée, cher Directeur, est déjà si féconde en résultats, qu'elle permet d'espérer, dans un avenir plus prochain qu'on ne le croit, l'apaisement de nos relations entre médecins. » Ces paroles me font souvenir qu'un jour, dans les colonnes du journal, j'ai chanté, avec la sincérité de quelqu'un qui l'a connue, qui l'aime, et qui en rêvera toujours, la *camaraderie médicale.*

J'en ai goûté les charmes, pendant dix ans passés dans le corps de santé de la marine. Elle me vaut le plaisir que j'éprouve de retrouver ici, animés du même esprit que nous, ces chers anciens collègues qui s'appellent Paul Petit, un de nos plus brillants rédacteurs, Alphonse Petit, Solleaud, Richard-Lesay, président du syndicat de Lille; Bazot, président du syndicat de Joigny; elle m'y fera rencontrer, quelque jour, les absents trop éloignés, les Colin, les Herland, les Duliscouët, les Rocher, les Borély (je voudrais tous les citer, ces combattants du bon combat), et je n'aurai de trêve que quand ils seront tous des nôtres, mes anciens camarades.

Cette bienveillance dans les relations, que j'appelle la camaraderie médicale, je l'ai retrouvée chez les confrères au milieu desquels j'exerce: nous lui devons l'entrain et la vitalité du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, et je lui dois personnellement les loisirs que je donne à notre œuvre commune, et que vous me rendez si agréables. *(Applaudissements.)*

C'est elle encore, Messieurs, qui vient de dicter à M. le Pr Labbé, à notre Directeur, à M. le Dr Dubuisson, le langage que vous avez tant applaudi, parce qu'il vous est allé droit au cœur.

C'est à elle qu'il faut rapporter cette activité de votre Conseil de Direction que vous vantez sans cesse; c'est elle qui fait de ces banquets d'inoubliables fêtes; c'est elle qui est le secret de la puissance toujours croissante de notre chère Société.

Levons donc nos verres, Messieurs, à l'apaisement, et à cette seule et véritable expression de la solidarité qui doit nous unir, la camaraderie médicale! *(Applaudissements répétés et ban traditionnel.)*

Toast du Dr Le Gendre.

« Mon collègue et ami Lepage m'a chargé de remercier en notre nom à tous deux, les membres du Sou médical qui nous ont fait le grand honneur de nous choisir pour vice-présidents. Le Concours médical m'apparaît comme une bienfaisante mère Gigogne, entourée de ses petits, de plus en plus nombreux. Son dernier né, le Sou médical, n'est pas le moins intéressant ni le moins robuste. Néanmoins vous avez jugé bon de le faire surveiller dès sa naissance par un accoucheur qui a l'habitude de soigner les nouveau-nés et un médecin d'enfants qui le suivra un peu plus tard. Buvons à la santé et à la rapide croissance du petit dernier du Concours. »*(Joyeux bravos.)*

Toast du Dr Maurat.

Mes chers Confrères,

Tout à l'heure, notre cher directeur, le Dr Cézilly remerciait, en termes émus, tous ses collaborateurs dans les nombreuses œuvres qu'il a créées, oubliant, par extrême modestie, de nous dire que si tous ces efforts avaient abouti à un heureux résultat, l'honneur devait en revenir à celui qui les avait provoqués et leur avait donné une cohésion sans laquelle ils auraient été infructueux. Qu'il me soit donc permis ici, au nom de tous, d'en reporter sur lui tout le mérite.

Mais il est un autre ordre de collaborateurs que nous serions ingrats d'oublier, et qui méritent, eux aussi, toute notre reconnaissance: ce sont nos conseils si dévoués.

En votre nom, à tous, mes chers confrères, je veux donc remercier ici M. Léon Marie, notre actuaire si distingué, dont les calculs et les conseils nous ont permis de modifier sagement les statuts de la *Caisse des pensions de retraite* et de créer *notre Association amicale d'indemnité de maladie*, cette œuvre si utile et déjà si vigoureuse.

Je remercie également M. Gatineau, notre zélé Conseil judiciaire du *Sou médical,* qui, nouveau venu parmi nous, a déjà, dans de nombreuses circonstances, mis à notre service sa science profonde et sa bonne volonté inépuisable. Nous aurons certainement encore bien souvent recours à ses lumières dans cette lutte que nous avons entreprise pour la défense commune; et nos remerciements vont à lui pour le passé aussi bien que pour l'avenir.

Je veux remercier également M. Lordereau, le consciencieux et dévoué conseil du Concours médical, qui est un vieil ami de la maison et que beaucoup d'entre nous ont consulté avec fruit.

Je veux enfin, dans mon remerciement, ne pas oublier M. Chanlaire, notre excellent conseil financier

toujours si accueillant et si disposé à nous guider prudemment dans la défense de nos petites économies si difficiles à acquérir et que nous sommes trop souvent si peu aptes à défendre.

A tous ces dévoués collaborateurs, j'adresse donc un remerciement bien sincère, et je lève mon verre en leur honneur. (*Applaudissements et ban.*)

Toast de M. Gatineau.

Messieurs,

En mon nom et au nom des Conseils du Concours, de l'Amicale et du Sou, je remercie M. Maurat des paroles, trop bienveillantes, au moins en ce qui me concerne, qu'il vient de nous adresser.

Je n'avais eu, jusqu'alors, affaire aux membres du corps médical que comme client et j'en ai conservé une vive reconnaissance pour ceux de vos confrères qui m'ont donné leurs conseils éclairés et leurs soins dévoués. Aujourd'hui où, pour la première fois, j'ai le grand honneur d'assister à l'une de vos réunions, permettez-moi de vous dire combien ma vive sympathie pour le corps médical s'accroît encore, en constatant le large esprit de solidarité qui vous anime, et qui inspire vos œuvres de défense professionnelle, et surtout en constatant en outre que, tout en vous groupant pour la défense de vos intérêts professionels, vous mettez au premier rang de vos préoccupations l'intérêt des malades.

Pour que les malades soient bien soignés, il faut que le médecin puisse vivre de sa profession. Si cette considération légitime inspire vos associations, vous n'en êtes pas moins les premiers à offrir largement votre concours désintéressé dans la lutte contre la misère et la souffrance humaines.

Aussi, avec toute la sympathie que m'inspire le large esprit et les sentiments généreux qui l'animent, je bois au corps médical français. (*Vifs applaudissements.*)

Motion de M. le Dr Gassot.

Mes chers Confrères,

Si, depuis vingt années, il est un homme qui incarne le mouvement médical, qui soit resté toujours sur la brèche pour soutenir nos revendications et défendre nos intérêts, qui, en toutes circonstances se soit efforcé d'être utile à tous en général et à chacun en particulier, c'est assurément notre directeur, notre confrère, notre ami Cézilly. (*Applaudissements.*)

Sans doute, l'énorme correspondance qu'il entretient avec les médecins disséminés par toute la France lui apporte chaque jour des témoignages de reconnaissance et d'admiration. Si toutes ces lettres étaient réunies, elles lui constitueraient un livre d'or unique au monde ; — mais pensez-vous que cette reconnaissance platonique soit suffisante ?

Il nous conviait, à la réunion générale de tout à l'heure, à célébrer, les vingt années d'existence du *Concours médical* et le premier million acquis par ses œuvres. Ne pensez-vous pas qu'il conviendrait de fêter en même temps celui auquel nous devons de si brillants résultats ? (*Assentiment unanime, nouveaux applaudissements.*)

Cette idée, nous, ses collaborateurs intimes, nous l'avions depuis longtemps, nous n'attendions qu'une occasion favorable pour lui donner corps. De nombreux confrères, dans la correspondance personnelle qu'ils entretiennent avec nous, la mettent en avant ; récemment encore, un confrère de l'Hérault m'adressait une invitation pressante, une proposition formelle.

Eh bien, mes chers confrères, l'occasion se présente — saisissons-là.

Je suis sûr d'être l'interprète de tous les membres du Concours médical, de tous ceux auxquels le docteur Cézilly a rendu service, de tous ceux qu'il a encouragés et réconfortés, en vous proposant de décider qu'une souscription sera ouverte pour lui offrir, à la prochaine Assemblée générale, un objet d'art, témoignage palpable de notre reconnaissance, de notre estime et de notre amitié. (*Tonnerre d'applaudissements suivis d'un ban formidable.*)

M. Cézilly : Messieurs. (*Nouveaux applaudissements.*)

Je suis touché plus que vous ne pouvez croire de la manifestation que vous venez de faire en mon honneur, et puisqu'elle émane de vous, mes confrères et mes amis, j'accepte (*applaudissements*). Mais, je viens de vous le dire tout à l'heure, nous avons été deux à fonder et à organiser le Concours, Gassot et moi — je vous demande donc de reporter sur lui une part de votre témoignage amical et de décider que le souvenir que vous me destiniez sera partagé entre nous deux. (*Applaudissements. Nouveau ban.*)

Toast du Dr Paul Archambaud.

Messieurs,

Vous me demandez de prendre la parole; je vous remercie de cette marque de sympathie, mais j'avoue qu'après les éloges dont vient de me combler notre président, M. Cézilly, ma modestie s'effarouche, et ma langue s'embarrasse, je ne sais plus que vous dire. Aussi, je serai bref... je me contenterai de vous rappeler mon toast de l'année dernière.

J'avais, à notre dernier banquet, levé mon verre en l'honneur des œuvres nombreuses créées par le Concours médical; cette année, permettez-moi d'insister un peu plus en faveur de l'une d'entre elles, la plus intéressante à mon avis, le *Sou médical.*

Cette dernière née.....

M. Maurat. — C'est un garçon.... (*Rires.*)

M. Archambaud. — C'est peut-être un garçon par l'énergie, la virilité qu'elle est appelée à montrer un jour et qu'elle a déjà montrées, mais nous devons la considérer comme une fille et lui prodiguer tous les soins que nécessitent à leur naissance les représentants du sexe faible. (*Bravo. — Applaudisseents.*)

Cette dernière née du Concours médical, dis-je, se distingue de ses aînées par son caractère plus particulièrement désintéressé et par l'importance du rôle qu'elle est appelée à jouer dans l'avenir.

En adhérant à la caisse des retraites, c'est à nous-mêmes que nous pensons, nous sommes prévoyants pour nos vieux jours. C'est aussi un sentiment quelque peu égoïste qui nous fait verser notre cotisation à l'Association amicale, en prévision des jours de maladie. Mais le Sou médical ! N'est-ce pas la plus belle œuvre de solidarité qu'on puisse imaginer ?

Là, pas de vains discours ! Ce n'est point un Syndicat où l'on parle, où l'on discute, où l'on fait de belles théories sur la déontologie ; chaque pas en avant est un serviee rendu à un confrère, on ne pérore pas, on agit : *acta non verba*..... je vous demande pardon, c'est du latin. (*Rires.*)

N'avez-vous pas entendu, tout-à-l'heure, votre infatigable secrétaire général, le docteur Jeanne, vous énumérer tous les cas dans lesquels le bureau est intervenu ? (*Applaudissements.*)

Ici, c'est un confrère à qui les juges ont supprimé, indûment, une large part de ses honoraires ! Le Sou

médical puise dans sa caisse et lui remet à la barbe des juges, en signe de protestation, la somme qu'ils lui ont ravie.

Là, ce sera une veuve d'un confrère dont le mari s'est sacrifié pendant des années et qui recueille pour tout héritage des dettes à payer et des enfants à élever... le Sou lui tendra la main et, en même temps que la bonne parole qui console, lui donnera le secours nécessaire pour lui permettre d'espérer des jours meilleurs.

Ah ! messieurs, si, grâce à vous, le Sou prospère (et il prospérera, j'en suis certain), nous ne verrons plus un confrère incarcéré pour une opération bien faite, mais malheureuse ! Nous ne verrons plus l'innocent, dont un tribunal correctionnel ou un jury aura à tout jamais brisé la carrière, errer à l'aventure sans soutien, sans pain, sans amis !

Si les collectivités, si la société tout entière se liguent contre nous pour nous affamer, nous leur répondrons en serrant nos rangs, nous formerons un bataillon carré capable de résister à tous les assauts, inexpugnable !

Si l'un de nous est sur le point de succomber sous le poids de l'adversité, victime de la haine ou de l'envie de quelques puissants qui sont, hélas ! parfois, des confrères, nous serons là pour lui tendre la main. (*Applaudissements.*)

Ah ! vous aviez beau jeu, messieurs, de vouloir nous écraser la tête quand nous étions sans défense ! Venez-y donc ; aujourd'hui, nous sommes trois cents pour vous répondre, demain nous serons mille, l'année prochaine, nous serons le nombre !

Je bois à l'avenir du Sou médical ! (*Tonnerre d'applaudissements et ban répété.*)

Il était plus d'onze heures quand on s'est levé de table pour prendre le café et continuer, dans les salons, une soirée que personne n'était pressé de voir finir, et dont le souvenir restera à tous les heureux qui en profitèrent.

Voici les noms de la plupart de ces heureux.

MM. de Saint-Cyr (La Celle Saint-Cloud) ; Gassot (Chevilly) ; Rol (Bois-Colombes) ; de Grissac (Argenteuil) ; Mignon (Les Mureaux) ; Pannetier (Triel) ; de Fourmestraux (Versailles) ; Diacre (Villeneuve-Saint-Georges) ; Petit (Alphonse) (Saint-Quentin) ; Paul Petit (Paris) ; Léon Petit (Paris) ; Fraenckel (Paris) ; Duhourcau (Cauterets) ; Raimbert (Châteaudun) ; Ledé (Paris) ; Jouve (La Neuve Lyre) ; Chamoin (Paris) ; Toussaint (Argenteuil) ; Boulay (Paris) ; Bonarme (Pons) ; Dunogier (Paris) ; Le Gendre (Paris) ; Lepage (Paris) ; Sutils (La Chapelle-la-Reine) ; Hugues (Paris) ; Decourt (Mitry-Mory) ; Hervouet (Paris) ; Mora (Bazoches) ; Bonzon (Paris) ; Duchesne (Orbec) ; Huguenin (Paris) ; Groussin (Bellevue) ; Lacroix (Paris) ; Faraggi (Montesson) ; Labbé (Paris) ; Moreau (Versailles) ; Dubuisson (Chateauneuf-du-Faon) ; Me Rondel (Paris) ; Rousseau (Conflans-Sainte-Honorine) ; Léon Marie, actuaire, Vignes (Corbeil) ; Duchein (Paris) ; Richard-Lesay (Lille) ; Pontet (Rives-Isère) ; Archambaud (Paris) ; Jeanne (Meulan) ; Grellety (Vichy), Maurat (Chantilly) ; Béziat (Roissy) ; Kaplan (Janville) ; Jocqs (Paris) ; Leroy (Noyon) ; Cabasse (Vaucouleurs) ; Meunier (Calais) ; Laurent (Cosne) ; Brulard (Vichy) ; Beuve (Dammartin) ; Hervé (La Motte-Beuvron) ; Treille (Lavaveix-les-Mines) ; Bazot (Joigny) ; Tartarin (Belegarde) ; Rigabert (Marly-le-Roi) ; Bérillon (Paris) ; Bellencontre (Paris) ; Barrabé (Bagnoles-de-l'Orne) ; Capron (Chaumont-en-Vexin) ; Veillard (Mœung-sur-Loire) ; Bacri (Paris) ; Rochefort (Tracy-le-Mont) ; Corté (La Charité) ; Martino (Paris) ; Solleaud (Vichy) ; Bilhaut (Paris) ; Greuet (Maisons-Laffite) ; Cancalon (Charenton) : Courgey (Ivry) ; Levassort (Paris) ; Lorin, Desnos, Montsarrat, Paul Berne, etc... de Paris, MM. les conseils judiciaires du *Concours* et du *Sou médical*, MM. Chanlaire, conseil financier et quelques invités du Directeur.

Parmi les assidus de nos réunions générales qui ont dû s'excuser, il faut citer :

MM. Le Menant des Chesnays, l'un des organisateurs habituels (Ville-d'Avray), Chevallier (Compiègne), Lemaire (Le Tréport), Marais (Honfleur), Labatut (Dax), Marais fils (Paris), Roland (Dijon), Cosmao-Dumenez (Pont-l'Abbé), Herland (Rosporden), Valla-Brochart (Les Hermites), Richard (Isigny), Richard (Pithiviers), Guihal (Chapelle-Basse-Mer), Reumaux (Le Havre), Gustin (Noirmoutier), Moreau (Châtillon-sur-Sèvre), Grellière (Neauphle-le-Château), Ribard (Meudon), Ribard (Paris), Nollet (Bougival), Plateau (Paris), Gille (Garches), Corby (Paris), Signan (Port-Saint-Louis-du-Rhône), Toussaint (Hyères), Good (La Mothe-Sainte-Héray), Getten (Pouillon), Julliard (Châtillon-de-Michaille), Bouchain (Saint-Ismier), Souloumiac (Saint-Agnant), etc. Il en est sans doute quelques-uns qui ont pu être oubliés ; ils voudront bien ne pas nous en tenir rancune, car ce sentiment n'était pas de circonstance en notre belle fête. Il nous pardonneront aussi de ne pas avoir lu leurs lettres à l'Assemblée : 1° parce que le temps faisait défaut ; 2° parce que certaines d'entre elles, comme celle de M. le Dr Rachet (de Honfleur), couvraient d'éloges le « Concours médical », en usant de comparaisons trop éloquentes pour ne pas éveiller des susceptibilités.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement du tétanos par les injections intra-crâniennes de sérum antitétanique.

Dans un précédent numéro, nous avons signalé au reportage les curieuses tentatives faites à l'hôpital Cochin pour traiter le tétanos par les injections intra-craniennes de sérum antitétanique. Les résultats, hélas ! ne sont pas merveilleux ; ils ont été exposés à la séance de la Société de chirurgie du 16 novembre. Voici le compte-rendu des communications faites par plusieurs chirurgiens à ce sujet (*Tribune médicale*) :

M. Hue (de Rouen) lit une observation de tétanos : il s'agit d'un cas de tétanos survenu à la suite d'une fracture compliquée ; les injections faites, dès le début des accidents, sont déposées sous la dure-mère (5 cent. cubes de chaque côté). La mort ne s'en produit pas moins vite.

Cette observation provoque, de la part des membres de la Société, un grand nombre de confidences intéressantes.

La confiance de M. Borel en sa méthode a entraîné beaucoup de chirurgiens ; aucun n'a eu de bons résultats, mais tous persévèrent. Du reste, les autopsies montrent la bénignité de l'acte opératoire ; à peine constate-t-on un peu d'ecchymose corticale au point de l'injection et, dans les cas où l'on a agi un peu vite, une pe-

tite cavité. Donc, persévérer dans cette voie de recherche ne peut être que très louable.

Le nombre des observations citées au cours de la discussion monte à 9 : elles sont dues à MM. Hue (une), Quénu (deux), Championnière (deux), Reclus (une), Chaput (une), Richelot (une), Nélaton (une). Dans 8 cas, l'évolution du tétanos n'a pas été enrayée ; dans un cas seulement, le tétanos durant depuis 8 jours, un vrai tétanos, suivant l'expression de M. Championnière, dans un cas seulement, la guérison survint.

Un point doit être bien mis en lumière : c'est la gravité plus grande du tétanos d'origine abdominale. M. Borel, lui-même, renonce à le traiter. Il ne reste donc plus que le tétanos survenant à la suite d'une plaie légère, que l'on puisse espérer enrayer.

M. Quénu a bien résumé la question en proposant d'établir une division des cas de tétanos en deux classes : 1° les cas de tétanos d'origine interne, comprenant non seulement les cas survenus à la suite d'une opération abdominale, mais aussi ceux consécutifs à une opération un peu large ; en un mot, tous les cas dans lesquels la voie suivie par l'infection est un gros nerf profond ; 2° les cas de tétanos d'origine externe, relevant d'une lésion superficielle.

La marche des premiers ne peut être modifiée par le sérum.

La marche des seconds pourrait être enrayée.

La deuxième partie de ces conclusions, quoique peu enthousiaste, est encore contestée.

M. Championnière rappelle, en effet, une conversation qu'il avait eue avec un chirurgien des pays chauds. Tous les tétanos, lui disait ce chirurgien, n'ont pas le même pronostic.

Ainsi, sur les 7 derniers cas que j'ai observés, j'ai vu 4 guérisons. Il serait donc exagéré d'imputer toujours au sérum les cas de guérison que l'on a constatés.

M. Peyrot, lui aussi, cite une observation qui n'est point faite pour accréditer l'injection intra-cérébrale.

Un cas de tétanos éclate dans son service, personne ne doute un seul instant qu'il s'agisse d'un vrai tétanos ; M. Borel voit le malade, constate que la raideur des membres peut être vaincue et, écartant l'idée de tétanos, il songe à une méningite cérébro-spinale. L'évolution favorable démontra la justesse de ce diagnostic.

Il y a donc là encore un nouveau facteur d'erreurs et, sans aller jusqu'à admettre que tous les cas de tétanos suivis de guérison soient des méningites cérébro-spinales, on peut, au moins, se demander s'il ne se glisserait pas, de temps à autre, quelques erreurs diminuant encore le nombre des cas de guérison imputables au sérum.

Que de restrictions ! Et que reste-t-il à citer à l'actif de la méthode ?

Le varicocèle.

D'après la thèse de M. le Dr *Pappadatos*, de Paris, le varicocèle est, la plupart du temps, une manifestation d'une maladie générale, qui peut revêtir des allures variables, mais qui est due à une insuffisance physiologique des tissus.

Le varicocèle est *cutané, veineux* ou *cutanéo-veineux*.

Le varicocèle *cutané* est caractérisé par la distension de la peau du scrotum, par une véritable ectasie scrotale, les veines du cordon étant presque normales.

Le varicocèle *veineux* est caractérisé par la dilatation des veines du cordon qui sont flexueuses, variqueuses, le scrotum conservant son volume normal.

Le varicocèle *cutanéo-veineux* est caractérisé par la flaccidité et l'ectasie scrotale, et par la dilatation variqueuse des veines du cordon.

Dans la variété *cutanée*, la résection scrotale se trouve indiquée ; dans la variété *veineuse*, c'est l'excision du paquet veineux ; dans la variété *cutanéo-veineuse*, c'est aux procédés combinés que l'on aura recours.

Le varicocèle ne nécessite une opération que dans un nombre de cas relativement restreint. Dans la majorité des cas, un bon suspensoir et des soins hygiéniques constituent un traitement suffisamment efficace.

On ne doit, croyons-nous, opérer que si le varicocèle détermine de vives douleurs ou si, par son volume, il devient par trop gênant pour le malade. Mais si le varicocèle n'est pas seul le point de départ et la cause des douleurs que le malade accuse, si d'autres organes sont atteints en même temps, si le malade est un neurasthénique, on doit s'abstenir de toute intervention sanglante.

REPORTAGE MÉDICAL

L'organisation de l'assistance médicale. — Montluçon a une population de plus de 30.000 âmes, et représente une cité presque essentiellement ouvrière. Or cinq ans après la promulgation de la loi de 1893, et malgré des pétitions à la municipalité et au Préfet signées de tous les médecins, le service d'assistance médicale n'y est pas organisé ! L'antique Bureau de bienfaisance paye au pharmacien les médicaments fournis aux indigents, mais aucune indemnité n'est attribuée aux médecins. Toutes les communes voisines ont répondu à l'appel de la loi : la ville seule fait la sourde oreille, et le gouvernement assiste impassible à cette belle manifestation de la force d'inertie !

Ce sont là des choses qu'il faut signaler à l'Administration, surtout quand, à sa tête, se trouve M. Ch. Dupuy, pour qui l'Allier doit être plus connu que le Sahara, puisqu'il représente, si nous sommes bien informés, un département assez voisin.

Le *sanatorium de Mœung-sur-Loire.* — M. le Dr L. Leriche, membre du Concours médical, nous informe qu'il crée un petit sanatorium pour tuberculeux au château du Petit-Gouffault, à Mœueng-sur-Loire (Loiret), à deux heures de Paris et de Tours et à 18 kilomètres d'Orléans. Le prix de la journée, tous frais compris, et sans suppléments autres que ceux du grand luxe variera de 16 à 20 fr. d'après la chambre choisie. L'établissement muni de toutes les installations imposées par sa destination, est bâti face au sud-est, dans un parc de quatre hectares aboutissant en rase campagne, à 600 mètres environ de la Loire, qui coule à une profondeur de 20 mètres au-dessous. Il est abrité des vents du nord et de l'ouest.

Avions-nous assez raison de dire à l'Assemblée générale : « L'appel du Concours a été entendu, et le mouvement se dessine » ?

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 51 17 DÉCEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Pour l'indemnité en cas de maladie ou d'accidents.

5e *Assemblée générale, tenue le* 20 *novembre* 1898.

La séance est ouverte à deux heures, sous la présidence de M. le docteur Cézilly, président, assisté de MM. Maurat, Jeanne, Gassot et Archambaud, membres du Conseil.

Allocution du Président.

Chers Sociétaires,

C'est, pour moi, une véritable satisfaction que de présider, pour la cinquième fois, l'assemblée générale de l'Amicale. Depuis qu'elle fonctionne, si elle a donné à son Conseil d'Administration, beaucoup de travail, par contre, aussi, elle a procuré, chaque année aux laborieux confrères qui la dirigent, bien des satisfactions ; celles-ci consistent dans la constatation des services rendus, des misères soulagées, grâce aux sacrifices annuels que s'imposent les membres de l'Amicale : les plus heureux sont *ceux qui payent, sans recevoir*. Je vous souhaite à tous de jouir de cette santé, bien inestimable, supérieur à toutes les indemnités, et je désire que nous ayons, dans l'exercice qui s'ouvre, beaucoup à recevoir très peu à payer. J'adresse mes félicitations aux membres du Conseil d'administration, toujours sur la brèche, pour le bien de notre société. (*Applaudissements*)

Rapport du Secrétaire général.

M. le docteur Jeanne, secrétaire général fait, en ces termes, le compte rendu moral pour l'année 1898 :

Messieurs,

L'Association amicale termine sa cinquième année. Continuant sa marche régulière, elle a dépassé le chiffre de 500 sociétaires, défalcation faite de ses pertes, dont presque toutes, et particulièrement celle bien récente de M. le Dr Chipault, notre infatigable délégué d'Orléans, seront cruellement ressenties, parce qu'elles nous ont enlevé des ouvriers de la première heure. (*Vive adhésion*)

Le mouvement d'assurance contre la maladie, qui s'est traduit d'abord, chez nous, par la création de l'excellente société Lagoguey, a reçu du Concours et de l'Amicale une impulsion considérable. Nous avons à saluer sympathiquement, aujourd'hui, des sœurs cadettes, la *Caisse du Rhône, celle de la Seine-Inférieure* et enfin la *Prévoyance médicale du Sud-Ouest*. Ces concurrences bien intentionnées n'ont pas ralenti notre propre essor : au contraire, notre force d'expansion s'est accrue cette année. De Vienne, de Saint-Pétersbourg, de Lisbonne, de Genève, on nous a demandé nos statuts pour en faire profiter le corps médical de ces pays.

L'Association odontologique de France nous les avait déjà empruntés, il y a deux ans, et a mis son projet debout ; enfin, à cette heure, ils sont à l'étude

devant l'Association générale des pharmaciens, et celle-ci se met en branle, à son tour, sous la poussée de quelques convaincus, qui demandent même à entrer dans nos rangs, si leur Société ne semble pas prête à les suivre.

Et cependant, chers Confrères, après nos efforts de propagande, que vous connaissez, après ceux des autres caisses, vous serez étonnés d'apprendre que, souvent, quand vous parlez à un médecin, de l'Amicale, il vous répond avec un air d'absolue sincérité : « Connais pas. » Cette réponse, pour ne pas être celle des lecteurs du *Concours*, est, je le répète, assez fréquente. Et qu'en faut-il conclure ?

Oh ! bien des choses qu'on doit avoir le courage d'avouer. Laissez-moi vous en signaler quelques-unes.

Et d'abord le médecin n'est pas assez homme d'affaires. Il calcule peu, et, dans la gestion de son budget, manque souvent de logique. Un exemple entre mille. Qui de nous hésiterait à verser une prime de 60 fr. à l'assurance incendie ? Et cependant, c'est connu et archidémontré, le médecin n'est presque jamais incendié. En revanche, il est malade comme tout le monde, et l'infirmité ou la maladie lui enlève son gagne-pain, ce que ne fait pas l'incendie. Eh bien, il y a dix mille médecins en France qui ne s'assurent pas contre ce risque, et qui pourraient le faire pour cette même somme ou à peu près. Ils ne le font pas, parce qu'un confrère voisin ne leur en a pas donné l'exemple ou ne le leur a pas conseillé. (*Assentiment*)

Puis, autre affaire. Dans nos réunions médicales, donnons-nous à l'étude des questions de prévoyance la place qu'elle devrait occuper ? Non. Pour certaines Sociétés, les œuvres du Concours ne sont pas la maison du coin du quai : on glisse, au préjudice des confrères, et l'ordre du jour passe aux 6 fr. de la bicyclette. Dans d'autres, le rapport du trésorier fait les frais de la séance et le banquet ne comporte que congratulations réciproques. Des médecins viendront là dix fois, sans entendre parler de l'Amicale.

Ajouterons-nous, enfin, que les médecins ne lisent pas assez ce qu'ils devraient lire ? « Les journaux de médecine ? On en reçoit tant, que la moitié passe au panier. » Ah ! si nous chargions le *Petit Journal* et l'oncle Sarcey de faire notre propagande ! Mais non, nous économisons en faveur de la caisse commune, et ce sont des médecins qui prêchent des médecins. C'est bien moins bon, « car ces gaillards-là, se dit-on, doivent y avoir un intérêt, et ils me sont quasiment suspects ! » (*rires*)

En résumé, la propagande est insuffisante. Nous ne parlons pas de celle que font le *Concours* et quelques autres journaux comme la *Revue médicale*, le *Lyon médical*, qui ne manquent jamais, ce dont nous les remercions, de reproduire nos procès-verbaux ; mais bien de la propagande individuelle, seule capable, en France, de donner des résultats rapides.

Si nous insistons, chers confrères, sur la nécessité de se mettre enfin en campagne de ce côté, ce n'est pas que l'Amicale ait besoin, pour vivre désormais, d'accroître rapidement son effectif. Notre seule préoccupation est d'étendre ses bienfaits à tous ceux qu'elle devrait couvrir. Parlez donc d'elle à tous les jeunes, enrôlez-les au plus vite, par une douce pression, s'il le faut ; on ne vous le reprochera jamais.

Que pourrais-je, d'ailleurs, vous dire de plus au sujet de notre chère Société ? Elle marche sur des statuts qui semblent maintenant bien mis au point ; elle roule sur de grands chiffres tout ronds, puisque nous allons fêter ses 100,000 fr. ; elle verse 20,000 fr. d'indemnités par an ; elle a des adhérents dans tous nos départements. Que lui faut-il de plus ?

Rien autre chose, je le répète, que d'infatigables propagateurs. Aussi, désireux de ne pas retenir inutilement votre attention sur des redites, je me bornerai à vous convier à cette tâche éminemment confraternelle de la propagande, et à remercier tous ceux, qui nous secondent sans cesse dans nos efforts quotidiens, ou nous encouragent par des dons, comme ceux de MM. Jardin (d'Auray) et Lop (de Marseille), en faveur de la caisse auxiliaire, ou en se mettant gracieusement à notre disposition pour d'onéreuses missions de contrôle, comme l'ont fait M. le Dr Audouin, de Bordeaux, M. le Dr Lassalle, de Lormont, et tous ceux auquels nous l'avons demandé. (*Applaudissements.*)

M. le docteur Gassot donne ensuite lecture du compte-rendu financier, dont voici le texte :

Rapport de M. le Dr Gassot, Trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association Amicale.

Après l'exposé des comptes définitifs de l'année 1897 pour lesquels le Conseil d'Administration vous demande une approbation pleine et entière, je vous ferai connaître la situation actuelle de l'Association et je terminerai par quelques considérations touchant le fonctionnement régulier du service.

Comptes définitifs de l'année 1897.

Au cours de l'année 1897, le Conseil d'Administration a prononcé 83 admissions. Au 1er janvier 1897 nous étions 371, nous serions donc 454 si nous n'avions eu le malheur de perdre neuf de nos associés, savoir quatre par décès, deux par démission, deux par radiations, en vertu de l'article 11 des statuts et un par exclusion en vertu de l'article 14. Nous restons donc 445 au 31 décembre 1897.

Sur les 83 membres nouveaux, 29 ont opté pour la combinaison A, 52 pour la combinaison B et deux pour la combinaison 1/2 B.

En outre, un membre inscrit à la combinaison A a été autorisé à passer à la combinaison B et un autre à la combinaison 1/2 B.

Enfin, les membres que nous avons perdus étaient inscrits, savoir :

2 à la combinaison A, 5 à la combinaison B et deux à la combinaison 1/2 B.

De telle sorte que notre situation au 31 décembre 1897 s'établit de la manière suivante :

228 membres inscrits à la combinaison A.
1 membre inscrit à la combinaison 1/2 A.
213 membres inscrits à la combinaison B.
3 membres inscrits à la combinaison 1/2 B.
445

Les cotisations sont rentrées régulièrement ; pourtant quelques retardataires restaient sous le coup de la suspension.

Recettes.

Les recettes de l'année 1897 se sont élevées à 36.857 fr. 24, savoir :

Cotisations	35.070 75
Intérêts des valeurs	1.485 29
Recouvrements et rappels	173 35
Amendes	20 »»
Dons	107 85
Total	36.857 24

Dépenses.

Les dépenses ont atteint le chiffre de 17.914 fr. 91.

Matériel	4 20	888 61
Imprimés	216 50	
Poste et transports divers	295 41	
Recouvrements et rappels	57 70	
Timbres quittance	85 »»	
Frais de bureau	140 »»	
Frais de trésorier	14 80	
Déplacements des membres du Conseil	75 »»	
Indemnités aux associés malades		17.026 30
Total		17.914 91

Je n'ai pas besoin de vous affirmer que nous nous efforçons de réduire au strict minimum, les dépenses d'administration : celles-ci doivent forcément s'ac-

croître avec le nombre des sociétaires, mais vous reconnaîtrez que la progression reste aussi lente que possible.

Balance.

Si au total des recettes		36.857 24
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1896		1.758 02
On obtient		38.615 26
Dont il faut déduire :		
La somme due au trésorier au 31 décembre 1896	1.625 70	19.540 61
Plus les dépenses de l'année	17.914 91	
Il reste un excédent de		19.074.65

Dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 300 fr. de rente 3 %	10.283 40	
Achat de 150 fr. de rente 3,5 %	4.646 30	
Achat de dix obligations du chemin de fer Grand Central 3 %	4.828 35	
Total	19.758 05	
Espèces à la Société générale	251 31	
Total	20.009 36	
Dû au trésorier	934 71	
Reste somme égale		19.074 65

La dette de 934 fr.71 au trésorier s'explique par ce fait que, pour envoyer les indemnités réglées fin décembre, je n'avais pas cru devoir opérer une vente de valeurs, puisque, quelques jours plus tard, j'encaissais les cotisations de janvier 1898.

Avoir de l'Association au 31 décembre 1897.

	Prix d'achat.	Au cours.
300 fr. de rente 3 % sur l'Etat français	10.283 40	10.305 »»
350 fr. de rente 3,5 % sur l'Etat français	10.840 70	10.700 »»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.699 45	4.847 50
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.850 45	14.490 »»
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	9.474 40	9.580 »»
15 obligations Banque hypothécaire remboursables à 1000 fr.	8.493 »»	9.825 »»
10 obligations chemin de fer d'Orléans (Grand Central 3 %	4.828 35	4.820 »»
Espèces à la Société générale.	251 31	251 31
Totaux	62.721 06	64.818 81
Déduction de la dette envers le trésorier	934 71	934 71
Reste	61.786 35	63.884 10

Vous voyez que, comparativement à l'année précédente, notre fortune s'est encore accrue de 20.000 francs et que les cours de fin d'année nous donnaient sur les prix d'achat une plus value de 2.097 fr. 75. Je n'insiste pas autrement sur ces résultats qui montrent notre situation prospère.

Caisse auxiliaire.

Elle est alimentée par les amendes et les dons faits sans affectation spéciale.

Au 31 décembre 1896, elle possédait		192,95
En 1897, nous lui avons versé :		
Amendes	20 »»	127 85
Dons sans affectation spéciale	107 »»	
Au 31 décembre 1897, elle possédait donc		320 80

Je dois ajouter que cette somme est comprise dans les 63.884 fr. 10 qui représentent l'avoir total de l'Association.

Vous voudrez bien, Messieurs, approuver ces comptes d'une manière définitive.

COMPTES PROVISOIRES DE 1898.

Pendant l'année 1898, le Conseil d'administration a prononcé 69 admissions : mais nous avons encore perdu dix de nos associés, savoir : 6 par décès, 3 par radiations et un par démission : nous sommes donc actuellement 504

33 des nouveaux membres ont choisi la combinaison A.

36 ont pris la combinaison B.

En outre cinq membres antérieurement inscrits à la combinaison A ont été autorisés à passer à la combinaison B.

Si l'on tient compte de ce fait que par suite de décès, radiation ou démission, la combinaison A a perdu 8 membres et la combinaison B deux membres, nous avons au 31 octobre 1898 :

248 membres inscrits à la combinaison A.
1 membre inscrit à la combinaison 1/2 A.
252 membres inscrits à la combinaison B.
3 membres inscrits à la combinaison 1/2 B.
504

Cinq associés suspendus depuis le 1er janvier vont se trouver sous le coup de la radiation.

Trois sont suspendus depuis le 1er juillet.

Recettes.

Nous avons encaissé jusqu'au 31 octobre 1898 une somme totale de 41.967 fr. 36 savoir :

Cotisations	39.892 25
Intérêts des valeurs	1.553 47
Recouvrements et rappels	224 22
Dons	221 45
Amendes	76 »«
Total	41.967 39

Dépenses.

Nos dépenses se sont élevées à 15.064 fr. 39, savoir :

Matériel	40 95	914 79
Imprimés	303 35	
Poste et transports divers	160 89	
Recouvrements et rappels	88 30	
Timbres quittances	95 40	
Frais de Bureau	160 »»	
Frais de trésorier	15 90	
Déplacement des membres du Conseil	50 »»	
Indemnités aux associés malades		14.149 60
Total		15.064 39

Nos frais d'impression ont été sensiblement augmentés par la nécessité où nous avons été de faire réimprimer la brochure de propagande renfermant les statuts et divers documents explicatifs. Ces dépenses se trouvent sensiblement atténuées par le don de 100 fr. du Dr Cézilly, pour la propagande.

Les frais de bureau représentent la rémunération de l'aide du trésorier, aide indispensable aux deux époques de recouvrement des cotisations.

La gestion du conseil d'administration est, vous le savez, absolument gratuite et les frais de chemin de fer sont seuls remboursés...ci 50 fr.

Vous voyez, Messieurs, que les dépenses restent toujours limitées dans la mesure du possible.

Balance.

Si au total des recettes		41.967 39
On ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1897		251 31
On obtient		42.218 70
D'où il faut déduire :		
La somme due au trésorier au 31 décembre 1897	934 71	15.999 10
plus les dépenses de l'année	15.064 39	
Il reste un excédent de		26.219 60

Dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 40 obligations Lyon Fusion anciennes 3 %	19.140 25
Espèces à la Société générale	6.645 78
Espèces en caisse	433 57
Total égal	26.219 60

Avoir de l'Association au 31 octobre 1898.

	Prix d'achat.	Au cours.
300 fr. de rente 3 % sur l'Etat Français	10.283 40	10.175 »»
350 fr. de rente 3,5 % sur l'Etat Français	10.840 70	10.555 »»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.699 45	4.692 50
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.850 45	14.142 50
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	9.474 40	9.490 »»
10 obligations chemin de fer d'Orléans, Grand Central 3 %	4.828 35	4.720 »»
40 obligations chemin de fer de Lyon fusion anciennes 3 %	19.140 25	18.940 »»
15 obligations Banque hypothécaire (Crédit Foncier) remboursables à 1000 fr.	8.493 »»	9.255 »»
	81.610 »»	81.970 »»
Espèces à la Société générale	6.645 78	6.645 78
Espèces en caisse	433 57	443 57
Totaux	88.689 35	89.049 35

Vous voyez, Messieurs, que notre petite fortune va toujours croissant et que, malgré la situation fâcheuse du marché financier, les cours actuels nous assurent encore une petite plus-value sur nos prix d'achat.

Caisse auxiliaire.

La Caisse auxiliaire possédait au 31 décembre 1897	320 fr. 80
Nous lui avons versé le produit des amendes	76 » »
Et celui des dons sans affectation spéciale	121 » 45
Elle possède donc actuellement	518 fr. 25

Somme comprise dans l'avoir total de l'association.

Résumé des cinq premières années.

Je n'ai pas l'intention de relever tous les chiffres donnés par nos cinq premières années d'exercice ; je crois cependant utile de rapprocher quelques-uns d'entre eux.

Prenons d'abord le nombre des participants :

1894	167
1895	287
1896	371
1897	445
1898	504

Ensuite, le total des cotisations versées :

1894	9.016 65
1895	19.581 50
1896	28.737 »»
1897	35.070 75
1898	39.892 25

Puis le total des indemnités versées :

1894	370 »»
1895	3.400 »»
1896	11.003 25
1897	17.026 30
1898 (trois trimestres)	14.149 60

Enfin l'avoir de l'Association :

1894	8.159 24
1895	24.293 31
1896	43 928 74
1897	63.884 10
1898 (31 octobre)	89.049 35

Cette dernière somme constitue notre réserve actuelle, réserve qui n'aurait à être entamée que le jour où les dépenses viendraient à excéder les recettes ; si l'on veut bien considérer qu'actuellement ces recettes dépassent les dépenses de plus de 20.000 fr. chaque année, on conviendra que ce jour n'est pas proche et que la situation de notre Association Amicale peut être envisagée avec quelque satisfaction. (*Applaudissements répétés*)

M. Hervouet donne lecture, au nom de MM. Gilles et Plateau, contrôleurs, de leur rapport sur les comptes du trésorier.

Rapport des contrôleurs.

Messieurs,

Votre commission de contrôle a été appelée le 27 octobre dernier à examiner les livres et la comptabiilté de notre trésorier, M. le Dr Gassot. M. le Dr Gilles et moi avons compulsé les livres de caisse, de comptabilité, de comptes de chacun de nous ainsi que de comptes généraux. Grâce au système employé par M. le Trésorier, les comptes étant tenus avec une clarté et une netteté parfaites, l'examen des livres est des plus faciles et des plus simples, et le contrôle nous a été ainsi singulièrement facilité. Vous ne sauriez croire, Messieurs, quelle somme de travail et de dévouement emploie notre excellent trésorier pour que ses livres et ses comptes, tenus pour ainsi dire au jour le jour, montrent l'état de la caisse en rapport avec les cotisations et les rentrées et sorties d'argent à toute période du mois de l'année courante.

Aussi votre commission vous propose-t-elle, Messieurs : 1° d'approuver les comptes et le compte-rendu de notre trésorier, M. le Dr Gassot ; 2° de lui voter par acclamation, des félicitations et nos bien sincères remerciements pour le parfait et si éclairé dévouement, dont il fait preuve envers notre Association Amicale.

L'un des contrôleurs,
Dr Plateau.

Le Président met aux voix la gestion du Conseil d'Administration, en 1897 et les comptes du trésorier, pour la même période. Ils sont approuvés à l'unanimité. (*Applaudissements*).

M. de Fourmestraux. — D'après ce que vient de nous dire M. Gassot, l'Amicale est dans une situation aussi prospère que possible ; cela est fait pour étonner tout le monde, une œuvre de mutualité n'étant pas facile à organiser, et je demande de voter, en même temps qu'au trésorier, des félicitations à ceux qui en ont été les promoteurs. (*Applaudissements*.)

M. Cézilly. — MM. Gassot et Maurat ont combattu longtemps les hésitations que j'éprouvais moi-même, et ce sont eux qui m'ont engagé à mettre à exécution les projets que nous avions étudiés ensemble ; c'est donc à eux, surtout que doivent aller vos remerciements.

(*Des félicitations sont votées au Bureau de l'Association.*)

Proposition d'admission des pharmaciens.

M. Jeanne. —Dans le courant de l'année dernière un pharmacien de Garches a demandé nos statuts et a établi, de concert avec plusieurs de ses collègues, un projet qu'il soumet à l'Association des pharmaciens de France. Sa conviction est tellement ardente que, s'il éprouvait un échec à l'Association des pharmaciens, il nous demanderait d'être admis, lui et ses collègues, au sein de notre Société.

Mais, il sera difficile d'établir un contrôle suffisant, le pharmacien disant que « serait con-

sidéré comme malade le pharmacien obligé par sa santé de prendre un aide ». Beaucoup de pharmaciens prennent un aide et ne sont pas, pour cela, dans l'impossibilité de travailler.

M. Hervouet. — Je crois qu'on peut dire qu'il n'y a pas d'assimilation possible ; nous avons déjà discuté la question au sujet des médecins qui travaillent dans les laboratoires ; nos objections seraient plus fortes encore au sujet des pharmaciens ; je crois que, pour le moment, nous ne pouvons pas compliquer davantage notre organisation.

M. Lambry. — Il serait bon d'attendre les résultats obtenus par les pharmaciens et, s'ils s'adressent à nous, nous étudierons alors la question.

M. Cézilly. — Les pharmaciens, en Belgique, sont pour les pensions de retraite, associés aux médecins, qui s'en trouvent très bien. Les pharmaciens sont les plus réguliers aux réunions, les plus zélés ; mais, pour une caisse de maladie, la chose est sans doute plus difficile à réaliser ; aussi je demande de surseoir à toute décision en ce moment. (*Adopté.*)

Admission des médecins étrangers.

M. Jeanne. — L'année dernière, nous avons décidé d'étudier la question de l'admission des médecins étrangers ; j'ai moi-même été d'avis de les accepter, mais après avoir dépouillé la volumineuse correspondance que reçoit le Concours, je me suis convaincu que les étrangers ne sont pas toujours chez nous, ce qu'ils devraient être au point de vue confraternel.

M. Maurat. — Les étrangers n'ont pas les mêmes charges que nous ; ils ne sont pas astreints au service militaire, et je crois qu'à part quelques exceptions, comme celle d'un de nos confrères ici présent, on devrait, en principe, écarter leur admission.

M. de Fourmestraux. — Ne serait-il pas possible, pour ceux de nos confrères qui rencontrent des difficultés insurmontables à se faire naturaliser, de laisser au bureau la facilité d'étudier la possibilité de les admettre, surtout s'ils ont fait acte de Français, s'ils sont mariés en France, s'ils ont des enfants français, etc. ?

M. Farragi. — Pour les sujets ottomans, il est très difficile d'obtenir la naturalisation ; je l'ai sollicitée moi-même, pendant plus de trois ans, et cela sans aboutir à aucun résultat.

M. Archambaud. — Je propose, pour sanctionner la décision prise par le Conseil, qui a accepté un de nos confrères étrangers, dans des conditions spéciales, et pour lui conférer droit de cité parmi nous, d'ajouter à l'article 1er de nos statuts un paragraphe additionnel qui donnerait, je crois, satisfaction à tout le monde.

Après les mots :

«.... il est établi une Société dite *Association amicale des Médecins français*, à laquelle pourront seuls accéder les médecins français ou naturalisés, diplômés dans une Faculté française. »

On ajouterait :

« Exception pourra être faite, après enquête du Conseil, en faveur de confrères étrangers qui sont dans l'impossibilité d'obtenir de leur gouvernement le droit de se faire naturaliser. » (*Adopté.*)

M. Raimbert. — On pourrait ajouter que cette décision devra être ratifiée par l'assemblée générale. (*Cet amendement mis aux voix est repoussé.*)

Le droit des médecins n'exerçant plus.

M. Groussin. — J'avais demandé en 1896 à M. le Secrétaire général si un médecin arrivé à 60 ans, ayant une petite fortune et n'exerçant plus la médecine, mais continuant à payer ses cotisations, pourrait, en cas de besoin, avoir recours à la Société. M. Jeanne me répondit que le médecin, devenu rentier, n'avait plus droit à l'indemnité maladie et que, s'il tombait dans le besoin, il devrait subir un nouvel examen et être admis à nouveau, en payant le tarif correspondant à son âge.

M. Jeanne. — J'émettais alors une opinion personnelle ; mais le Bureau et l'Assemblée générale ont jugé, depuis, que le confrère a droit à l'indemnité maladie ; seulement il rentre dans la catégorie de ceux qui ne font que donner des consultations chez eux ; ceux-ci doivent, pour toucher leur indemnité, être obligés de garder la chambre. (*Approuvé.*)

De la cotisation double.

M. Gassot. — Un de nos confrères nous a demandé s'il pouvait payer la cotisation double, prévue par les statuts ; mais je crois que, pour le moment, nous ne pouvons pas ainsi engager notre caisse, une double indemnité pourrait nous entraîner très loin et il me paraît nécessaire d'attendre l'inventaire qui sera fait ultérieurement par l'actuaire. (*Adopté.*)

M. Gassot. Pour supprimer une partie de nos dépenses, nous avons décidé d'envoyer les convocations à 0 fr. 05 c. au lieu de 0 fr. 15 (*Approuvé.*)

La séance est levée à trois heures et demie.

Le Secrétaire des Séances,
Dr Paul Archambaud.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la sciatique par une méthode électrique.

M. le Dr *Ch. Renault*, de Paris, préconise le traitement suivant contre la sciatique, cette affection si rebelle, qui résiste parfois bien longtemps à tout traitement interne ou externe. Depuis 1892, il emploie systématiquement, l'électricité statique, sous forme de bains et d'étincelles, en y ajoutant la contraction faradique des muscles, dans les sciatiques avec amyotrophie. Toute personne atteinte de sciatique est d'abord placée sur le tabouret isolant en communication avec la machine de Wimshurst, et y reste, suivant la gravité et la nature du cas, de dix à vingt minutes pour prendre le bain statique. Au bout de ce temps, des étincelles, aussi fortes que la machine peut les donner, sont administrées sur la partie inférieure de la colonne vertébrale et tout le long du trajet du nerf sciatique, en insistant un peu plus longtemps sur les points douloureux. « Si la maladie n'est plus une simple névralgie, mais est arrivée à la période névrite, si les muscles sont atteints d'atrophie, on ajoute aux pratiques frankliniennes précédentes, une faradisation localisée à chaque muscle. Ceci dans le but de faire travailler ce dernier, mécaniquement, afin d'augmenter son activité circulatoire, ses phénomènes nutritifs et par suite

son volume. On pratique cette faradisation comme il suit : le pôle positif est indifférent, il est tenu appliqué sur le sternum, par le malade lui-même si l'on n'a pas d'aides, et sur la colonne vertébrale, au-dessus ou au-dessous de la 7e vertèbre cervicale, dans le cas contraire. Le pôle négatif est placé sur le muscle qu'on veut électriser, au niveau de son point d'élection de contraction. Le courant étant mis en action, on détermine, au moyen d'un interrupteur quelconque (je préfère la clef de Morse) des interruptions de ce courant : à chacune de celles-ci, le muscle se contracte, et cette contraction est d'autant plus forte que le muscle est moins malade, et que la bobine induite est plus avancée sur la bobine inductrice. Un muscle ayant subi dix à douze contractions, on passe à un autre et ainsi de suite, jusqu'à ce que tous les muscles atrophiés aient été faradisés.

Faut-il pratiquer une séance chaque jour ? Je crois que cette manière de faire est préférable, au point de vue de la moindre durée de traitement ; cependant, si le malade habite loin de son médecin, il vaudra mieux ne le déplacer que tous les deux jours.

Le bain statique, par lequel je commence toute séance de traitement de la sciatique, est un puissant sédatif, en même temps qu'un excellent régulateur du système nerveux : il contribue par ce fait à diminuer les douleurs souvent très vives et débilitantes de l'affection. Il agit, en outre, sur l'état général : on sait, en effet, ainsi que l'ont démontré le professeur d'Arsonval, du collège de France, et le docteur Romain Vigouroux, de la Salpêtrière, on sait, dis-je, que le bain statique a la propriété précieuse d'augmenter considérablement les échanges nutritifs, condition favorable au malade, atteint de sciatique, qui presque toujours est un arthritique, c'est-à-dire un ralenti de la nutrition.

M. Renault a obtenu 80 % de guérisons sur plus de 200 cas. L'action se manifeste quelquefois en une ou deux séances, souvent en 5 ou 6, et la guérison complète ne demande jamais plus de vingt à trente séances.

Traitement des vomissements des phthisiques.

Les phthisiques, à la période initiale, ont souvent des vomissements abondants et tenaces qui surviennent principalement après les quintes de toux du matin ou du soir, et qui contribuent beaucoup à les affaiblir.

D'après le Dr Berthier, in *Gaz. médicale belge*, les quintes de toux ont pour origine le réflexe pulmonaire ; l'expectoration réveille le réflexe nauséeux, rendu très sensible par l'hyperesthésie de l'arrière-gorge ; d'où vomissements, ou régurgitations, ou simplement nausées.

Il est un terme de cet enchaînement symptomatique sur lequel a prise le traitement, *l'hyperesthésie pharyngée*. Or, pour empêcher le vomissement, il suffira de faire disparaître cette hyperesthésie. Pour arriver à ce résultat, on avait recours autrefois à une forte solution de bromure de potassium. M. Berthier emploie la solution de cocaïne à 1/50 en badigeonnage de l'arrière-gorge et de l'isthme du gosier deux fois par jour avant l'heure présumée du vomissement. Au bout de trois à quatre jours de ce traitement, l'hyperesthésie a disparu. On cesse, dès lors, le traitement pour le reprendre lorsque le vomissement réapparaît. Après trois à quatre séries de ce traitement local discontinu, on aura d'une façon durable obtenu la disparition de l'hyperesthésie, de la toux et du vomissement.

Traitement de l'asthme par l'atropine.

Le professeur Von Noorden, de Francfort, recommande d'employer, contre l'asthme, la belladone et surtout son alcaloïde principal, l'atropine. C'est à Trousseau, dit-il, que revient l'honneur d'avoir montré le premier avec insistance les bienfaits que les asthmatiques peuvent retirer de ce médicament puissant.

« On sait en quoi consiste la méthode de Trousseau : pendant dix jours de suite, chaque mois, le malade prend une, deux, puis quatre pilules de belladone (extrait de belladone *āā* 0,01), ou bien un, deux et jusqu'à quatre granules d'atropine de 0,001. Le reste du mois, le malade est mis à l'usage de la térébenthine, des cigarettes arsenicales et du quinquina. Trousseau insistait beaucoup sur la nécessité de continuer le traitement avec persévérance, de manière à laisser pendant longtemps l'organisme sous l'influence de l'atropine.

» Von Noorden procède un peu autrement ; il commence par une dose journalière de un demi-milligramme d'atropine ; tous les deux ou trois jours on augmente la dose de un demi-milligramme jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 4 milligrammes par jour. Au bout de quelque temps, cette dose quotidienne est progressivement diminuée. La durée de cette première cure d'atropine doit être, en général, d'au moins un mois à un mois et demi. Mais, il ne serait pas rationnel de s'en tenir là : on doit, après un repos de six mois, prescrire une nouvelle cure d'atropine, moins longue que la première, et avec des doses plus faibles.

» On voit que Von Noorden emploie l'atropine à doses bien plus élevées que Trousseau, puisque, en six semaines, il arrive à faire prendre plus de 10 *centigrammes d'atropine*, tandis que, dans la méthode de Trousseau, le malade en prend, au maximum, 5 centigrammes en deux mois, quand on s'adresse aux granules d'atropine, et environ 1 *centigr.* 1/2 quand on a recours, comme c'est l'habitude, aux pilules belladonées.

» Les fortes doses, adoptées par Von Noorden, ont toujours été admirablement tolérées par ses malades : il y a bien eu quelques troubles de l'accommodation, un peu de sécheresse de la gorge, mais, à part cela, point d'effets secondaires fâcheux : en particulier, la fréquence des pulsations cardiaques est restée absolument normale : néanmoins, il est prudent de soumettre les malades à une surveillance médicale minutieuse pendant toute la durée de la cure. Von Noorden recommande même de les soigner, si possible, dans une maison de santé, de manière à pouvoir agir sur eux non seulement par la voie médicamenteuse, mais encore, ce qui est si important chez les asthmatiques, par l'hygiène morale et par le régime alimentaire. Certains malades ont, en effet, une nutrition tellement

troublée par des attaques d'asthme subintrantes, qu'ils en arrivent à un degré d'émaciation, considérable. Une jeune fille de dix-huit ans, soignée par Von Noorden, ne supportait plus aucune espèce d'alimentation pendant les attaques, et les périodes intercalaires étaient trop courtes pour lui permettre de regagner le poids qu'elle avait perdu ; elle ne pesait plus que 39 kilog. Le traitement par l'atropine enraya les accès, et en soumettant la malade à une cure d'engraissement, on réussit à lui faire gagner 21 livres en cinq semaines. C'est là une preuve manifeste que l'atropine, à hautes doses, n'a pas d'effet fâcheux sur la nutrition générale.

Von Noorden emploie cette méthode depuis plus de quatre ans ; il ne l'a vue échouer complètement que chez un jeune garçon et, d'autre part, chez des malades plus âgés atteints, en dehors de leur asthme, de bronchite chronique et d'emphysème. Chez les autres malades, qui étaient des asthmatiques francs, sans complication pulmonaire, il y a eu tout au moins des améliorations très marquées et durables ; chez quelques-uns, les attaques ont disparu complètement.

En résumé, la médication par l'atropine à hautes doses permet d'obtenir, dans l'asthme type, sans lésions surajoutées, des succès remarquables et persistants, parfois des guérisons définitives, et cela, quelle que soit la forme étiologique d'asthme (nasale, pharyngo-laryngée, bronchitique, toxique ou neurasthénique).

L'Eau oxygénée comme antiseptique.

M. le Dr *J. Championnière* vient de préconiser, à l'Académie de Médecine, l'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique chirurgical très puissant. Tout en conservant pour le sublimé et l'acide phénique l'appréciation favorable qu'il ne leur a jamais refusée, M. Championnière estime qu'on n'a pas utilisé l'eau oxygénée comme elle le mérite.

Il a trouvé là, le seul antiseptique qui, d'une façon régulière, arrête les phénomènes de la putréfaction et de la suppuration septique.

Il a pu, dans des cas dans lesquels les antiseptiques les plus puissants avaient échoué, enrayer les accidents septiques par les lavages avec l'eau oxygénée. Plusieurs sujets ont dû, sans aucun doute, la vie à ces lavages. Il a pu ainsi rendre pures des plaies profondément infectées.

Les essais qu'il a faits sur des cas simples et avant toute infection, ont également été satisfaisants, et la substance qui arrête la suppuration, s'est montrée capable de la prévenir.

Le lavage de certaines surfaces infectées, le lavage préalable du vagin, pour l'hystérectomie, lui a paru infiniment plus parfait avec cette substance.

Enfin, dans le cas d'avortement, suivi de phénomènes d'infection manifeste, avec fétidité et élévation de température, le lavage de la cavité utérine par l'eau oxygénée, lui a paru donner des résultats aussi assurés que le curetage préalable peut les donner.

L'eau oxygénée doit être employée à des doses beaucoup plus élevées que celles sur lesquelles des essais ont été faits autrefois. Les solutions courantes du commerce à 10 ou à 12 volumes sont les plus propres à être employées.

Elles se sont toujours montrées inoffensives ; de plus elles sont peu irritantes.

Leur valeur antiseptique, au point de vue de la pratique, est très supérieure à celle même du sublimé.

L'eau oxygénée est douée d'une certaine puissance hémostatique.

M. Championnière estime que l'application rationnelle de l'eau oxygénée à la chirurgie peut imprimer un mouvement tout nouveau à des interventions, qui se sont toujours montrées imparfaites, malgré les progrès de la chirurgie.

Si les essais, que l'on a faits jusqu'ici n'avaient pas donné de résultats très encourageants, c'est que ces essais n'avaient pas été faits assez méthodiquement, c'est que l'on n'avait pas montré en quoi, cet antiseptique diffère des antiseptiques connus. L'usage que l'on a voulu en faire, comme d'un topique à pansement, est une erreur ; ce ne peut être qu'un agent de lavage.

Ses usages se multiplieront certainement et cela sera d'autant plus facile que l'industrie la produit et l'emploie de plus en plus.

Plusieurs membres de l'Académie ayant émis des doutes sur l'innocuité de l'eau oxygénée et persistant à la considérer comme inférieure, M. Championnière a défendu de nouveau cette puissante substance en ajoutant :

L'eau oxygénée du commerce est un produit défini, qui n'a rien de commun avec l'eau saturée d'oxygène.

L'eau oxygénée contient de l'acide sulfurique en quantité assez considérable, qu'on met souvent pour la conserver.

MM. Bert et Regnard ont montré que l'eau oxygénée était un antifermentescible de premier ordre, seulement, ils l'ont cru dangereux. Or l'eau oxygénée débarrassée de l'acide, introduite dans les veines mêmes, n'amène pas d'accident ; c'est d'autre part un bactéricide très remarquable. (Laborde).

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Victimes du Lait et du Régime lacté,

Par le Dr G. Meunier (de Calais).

Devant un semblable titre : *Les Victimes du Lait et du Régime lacté*, bien des fanatiques du lait souriront dédaigneusement, pensant à une boutade de l'auteur et crieront à l'exagération et à l'invraisemblance. Mais les médecins praticiens que la clinique séduit plus que toutes les théories scientifiques, reconnaîtront le bien pensé et la justesse de nombreuses remarques pratiques observées, au jour le jour, au lit du malade.

Dans son travail, l'auteur a eu pour but d'éclairer les malades adultes et les mères de famille surtout qui font un usage obligé et quotidien du lait, des sérieux mécomptes que l'on risque d'avoir dans l'emploi non seulement abusif, mais irréfléchi et intempestif de ce liquide spécial.

Ces pages ont été écrites simplement, sans aucune prétention scientifique ou littéraire, pour que les jeunes mères à qui elles s'adressent en particulier, puissent, aidées de leur médecin de famille, défendre en connaissance de cause la santé de leur bébé contre les maladies si fréquentes du jeune âge.

Les idées personnelles, que cet ouvrage contient, méritent d'être exposées parce qu'elles sortent de l'ordinaire. Elles sont surtout basées sur des faits cliniques qui prouvent nettement que le lait pris

autrement que conformément aux lois de la nature, peut être plus nuisible qu'utile. Chez un malade, ce liquide de sécrétion quasi-excrémentitielle devient trop souvent un poison organique ou un aliment indigeste, qui fait une victime de celui qu'il avait pour mission de nourrir ou de guérir.

« Le lait, mais le bon lait seul, doit être l'aliment « exclusif des nourrissons. En dehors de ce cas, il « est un aliment médicamenteux : un *médicament* et « comme tel il doit être prescrit par le médecin et « pris par le *malade* suivant une méthode judicieu- « se et précise (1).

« Ce livre est humouristique et instructif à la « fois, ce qui n'est pas un mal par ce temps où les « gens ennuyeux sont légion. — Le Dr Meunier a « pris la plume parce qu'il avait quelquechose à « dire. Il a bien fait de jeter un cri de protestation « contre l'abus ridicule que l'on fait du régime lac- « té, depuis quelque temps. Puisse-t-il être écou- « té ! (2). »

Un certain nombre d'observations, prises intentionnellement au hasard de la clientèle, viennent appuyer les arguments, qui ont amené l'auteur à la fin de son œuvre aux conclusions pratiques, inspirées par une observation raisonnée des faits.

Ces conclusions sont celles-ci :

1° Suivant les lois de la nature, le lait est sécrété en vue d'alimenter le jeune enfant dès sa naissance et pendant ses premiers mois.

A cet âge de la vie, l'enfant ne sais que téter pour se nourrir et c'est le seul mode de préhension de sa nourriture qu'il connaisse. La bouche, manquant de dents, est chez le bébé un organe de succion et non de mastication. C'est pour le lait et le lait seul que la nature a créé cette manière de manger que l'on nomme téter. D'où cet aphorisme : *Seul l'enfant qui tête sait boire le lait.*

2° Comme tout aliment, ce liqui de, dont la composition chimique est des plus complexes, doit subir dans la bouche un commencement de digestion indispensable à la série normale et régulière des transformations chimico-biologiques qu'il subira dans le reste du tube digestif après sa déglutition. N'étant pas une boisson quelconque, il doit être mangé ou tété pour être digéré normalement.

Si on le boit comme tout autre liquide (eau, vin tisane) on risque d'avoir de grands mécomptes.

3° Produit fermentescible au premier degré, le lait se charge facilement de germes pathogènes ou s'altère et se décompose si aisément, qu'il est sage de savoir s'en méfier et de bien connaître les méfaits, dont il peut être capable dans notre organisme.

4° Le lait naturel, dit de la Belle-Etoile, n'existe plus ou au moins devient de plus en plus rare ; celui que l'on trouve dans le commerce, surtout dans les villes du Nord de la France, s'éloigne de plus en plus du lait naturel, à cause de la suralimentation que l'on donne aux vaches dans le but d'avoir du lait toujours plus crémeux. La demande devenant tous les jours supérieure à l'offre dans cette industrie, du lait, la mauvaise qualité de ce liquide est en rapport avec l'enthousiasme des médecins et des malades pour le régime lacté.

5° Le régime lacté ne peut être en aucune façon comparé à un autre régime (végétarien, azoté, etc.) par suite des conditions tout à fait spéciales et obligées auxquelles on doit se soumettre quand on fait un usage exclusif du lait. Ces règles et les conditions d'administration du lait ne sont pas à la portée de tous et ne peuvent être conseillées qu'avec beaucoup de précaution, au point qu'elles ne constituent plus dans leur ensemble une alimentation ou régime, mais bien une médication spéciale, que l'on peut appeler : *cure lactée.*

(1) Causerie médicale, par le Dr Léon Leriche, dans *la République française* (8 nov 1898).

(2) Dr Bardet. *Bulletin de Thérapeutique* (juillet 1898).

6° Apprenons à nos malades à se méfier du lait et au besoin à savoir s'en servir et nous aurons fait œuvre utile à la société et à l'humanité souffrante.

7° Ne voyons pas toujours dans nos maladies l'œuvre malfaisante et désorganisatrice des microbes du monde extérieur, mais rappelons-nous que notre organisme est lui-même, par suite de fermentations successives, une fabrique de microbes et de produits infectieux, s'il reçoit des éléments nécessaires à cette fabrication.

8° Les fanatiques du lait le considèrent comme une panacée universelle, un aliment complet, un contre-poison dans certains cas, un diurétique dans certaines maladies ; mais ils n'oublient qu'une chose, c'est que pour avoir toutes ces qualités il ne faut pas qu'il subisse d'à-coups dans ses tranformations successives, qui constituent sa digestion normale et continue, depuis les lèvres jusqu'au rectum.

9° Les microbes étrangers, que le lait non stérilisé peut contenir n'auraient pas le temps de pulluler dans le tube digestif, si la digestion était normale dans toutes les phases. L'infection d'origine digestive, source puissante d'auto-intoxication, ne se fera que très difficilement elle-même, s'il ne survient aucun arrêt, aucune stagnation dans un point quelconque du tube digestif.

10° Prévenons nos malades qu'il ne faut pas qu'ils absorbent à tort et à travers le lait, et même privé de microbes, soit avec des aliments divers, soit avec des médicaments ; car, absorbé ainsi sans méthode et sans précaution, il est capable de faire naître les plus grands désordres organiques ou bien, il peut annihiler toute thérapeutique ou toute médication des plus sages et des plus raisonnées.

11° Pour les bébés, chez lesquels nous ne pouvons avoir recours qu'au lait pour leur nourriture, méfions-nous sérieusement du lait, plutôt que d'avoir à combattre ses méfaits, dans un organisme aussi débile fait pour le lait, il est vrai, mais pour le lait de femme et non pour celui que l'on trouve aujourd'hui dans le commerce.

12° Les jeunes mères prévenues par leur médecin, n'auraient jamais à regretter d'avoir été trop prudentes, dans les services qu'elles attendent du lait, si elles obéissent et se conforment aux volontés de la nature.

N.D.L.R. — Certes, le Dr *Meunier* a raison de mettre les médecins et les malades en garde contre les abus du lait ; mais, il ne faut pas outrer cette crainte du lait.

Ce qui est dangereux, c'est le mauvais lait, mais le bon lait, pris convenablement, ne fait jamais de victimes et nous en restons fidèles partisans. Quant à dire qu'on ne peut trouver de bon lait, c'est exagéré. A Paris, quand on sait s'y prendre, on en trouve encore du bon.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Pr Fournier.

Traitement préventif de l'hérédité syphilitique paternelle au cours de la grossesse.

Dans un ménage, dont la femme est *saine* et le mari syphilitique, une grossesse vient de s'annoncer. En pareil cas, nous le savons, le fœtus est menacé par l'hérédité paternelle, dont les conséquences, avortements, malformations congénitales, etc..., sont toujours graves.

Pour atténuer une situation aussi sérieuse, l'art peut-il intervenir en faveur de l'enfant ?

Autrement dit : le médecin doit-il donner un traitement mercuriel à une femme enceinte,

indemne elle-même de spécificité, mais dont le conjoint est syphilitique.

La question ainsi posée est des plus importantes à résoudre, car, sachez-le bien, vous vous trouverez très fréquemment aux prises avec elle, en pratique.

Les méfaits et les ravages de la syphilis héréditaire, en effet, sont parfaitement connus des gens du monde et vous aurez souvent à observer le curieux phénomène psychologique suivant : un syphilitique qui, étant encore garçon, ne s'inquiétait en aucune façon de son mal, le bravait avec insouciance, dédaignant le moindre traitement, devient un beau jour, tout à coup, inquiet, tourmenté, anxieux, profondément troublé, lorsqu'il se sent à la veille d'être père.

D'autres fois, la situation s'offre à vous différemment. Il s'agit, alors, d'un ménage déjà cruellement éprouvé par toute une série de revers et de désastres dus à la grande diathèse, tels que : avortements, hydramnios, accouchements prématurés, etc.

Vous voilà donc, de toutes façons, en présence d'une femme enceinte, primipare ou multipare, dont le mari seul est atteint de syphilis. Chaque membre de la famille vous demande à son tour : y a-t-il quelque chose à faire en faveur de l'enfant, le traitement de la mère — le seul possible évidemment — doit-il être institué ?

Je vais établir, en premier lieu, les trois points suivants :

1° Ce traitement est rationnel.
2° Il est sans danger pour la femme.
3° Il est salutaire pour l'enfant.

Tout d'abord, il paraît, véritablement, un peu singulier de soigner une personne entièrement saine et cependant une telle pratique est parfaitement rationnelle. Il est bien démontré aujourd'hui, en effet, que les médicaments passent de l'organisme de la mère à celui de l'enfant. L'iodure de potassium, administré à la femme, atteint le fœtus en moins de 40 minutes (Porak). Il en est de même du mercure, comme l'ont prouvé de très sérieux essais chimiques.

Cette thérapeutique est donc rationnelle. D'autre part, l'expérience a prouvé qu'elle n'est nullement dangereuse. Des milliers de femmes ont été ainsi traitées, jusqu'à ce jour, avec le mercure et l'iodure de potassium, sans en jamais souffrir.

Nous avons enfin à nous demander si cette thérapeutique fœtale est utile à l'enfant.

Au nom de tous les syphiligraphes et de tous les accoucheurs, je réponds : oui. Certes, il serait excessif de dire qu'elle va sauver le fœtus partout et toujours, de la mort et de la syphilis, mais ne nous suffit-il pas, qu'il en soit ainsi pour un nombre de cas considérable ? Nous en avons chaque jour la preuve, puisque généralement, chez les femmes soumises au traitement mercuriel, la grossesse atteint heureusement son terme. Et, lorsque d'aussi bons résultats se produisent à la suite de plusieurs gestations mauvaises, le doute n'est plus permis.

Je n'insisterai pas, d'ailleurs, puisque tous les maîtres de l'obstétrique et de la syphiligraphie partagent le même avis.

De cet accord unanime, résulte pour nous, praticiens, une règle de conduite invariable. Quand une femme enceinte est menacée par l'hérédité syphilitique du mari, le traitement de cette femme saine constitue, pour le fœtus, une sauvegarde, dont il faut le faire profiter.

Telle est la règle générale. Vous aurez à l'appliquer aux cas particuliers et alors commencent les difficultés, car, évidemment, toutes les femmes enceintes dans ces conditions, ne doivent pas être mercurialisées.

C'est à vous, cliniciens, à discerner, à peser pour ainsi dire, la gravité de la tare héréditaire et à prescrire une cure appropriée, si cette tare est suffisamment lourde.

Voici, par exemple, une femme dont le mari est atteint de syphilis récente, à manifestations sérieuses, mal soignée jusqu'alors : n'hésitez pas, traitez-la. En voici une autre, qui a déjà mené à bien une première grossesse, la spécificité paternelle est ancienne et légère ; il serait abusif de donner du mercure à la mère en pareil cas. Il convient donc de rechercher, ici comme toujours, les indications du traitement, tout en faisant pencher la balance, s'il y a doute, du côté de l'intervention.

Ces premières difficultés étant résolues, vous vous êtes, je suppose, décidé à agir. Comment allez-vous le faire.

Là encore, de nouvelles inquiétudes vous attendent.

Quelquefois, cependant, la situation est des plus simples. Lorsque la femme connaît l'existence et la nature de la maladie du père, vous n'éprouvez aucun embarras : en proposant le traitement, le médecin ne va jamais au devant d'un refus, car jamais une mère ne se dérobe, si on lui montre que l'intérêt de son enfant est en jeu.

Malheureusement, le cas précédent est de beaucoup le plus rare et le plus exceptionnel. Presque toujours la femme ignore, et le principal intéressé, le mari, vous supplie de ne pas livrer son secret. Il veut que sa femme continue à ignorer et vous n'avez pas le droit de passer outre. Il vous faudra soigner votre cliente, et lui donner du mercure, sans qu'elle puisse s'en douter.

Vous voilà ainsi engagé à fond dans la dissimulation et le mensonge. Vous allez, en effet, pour traiter cette femme, invoquer un prétexte imaginaire, et vous déguiserez vos médicaments de noms fallacieux, pilules toniques pour les uns, sirop eupeptique, ou bien encore sirop de grossesse, pour les autres.

Combien le rôle du médecin, à ce moment, est difficile ! Son traitement n'est pas sans paraître étrange aux yeux de l'entourage et il est abreuvé de questions comme celles-ci : docteur, que contient donc votre sirop, n'y a-t-il pas du mercure dans vos pilules ?

Le praticien se trouve enserré, de la sorte, dans un lacis de mensonges et parfois, même il est pris en flagrant délit de mensonge.

Je vais vous en citer un exemple personnel, car, j'en parle par expérience. Je soignais, il y a quelque temps, avec le concours d'un de nos plus éminents accoucheurs, une jeune femme enceinte, à laquelle j'avais prescrit, sous une étiquette trompeuse, des pilules de protoiodure. Tout allait bien, quand un beau jour, ou plutôt un vilain jour, je fus pris à part et à partie, par la mère de cette personne — méfiez-vous des belles-mères en semblable circonstance. Celle-là avait imaginé, pour me confondre, de faire procéder à l'analyse chimique de mes pilules, et

elle me présenta alors le résultat dûment certifié de l'analyse : il n'y était question naturellement que du mercure. Vous pensez, si je dus passer un quart d'heure désagréable.

Quelque pénible que soit cette situation, il est de votre droit et aussi, de votre devoir de l'accepter, parce qu'elle n'est pas incompatible avec la dignité de l'art et parce qu'elle est nécessaire au bien de l'enfant. J'y ai insisté et j'y insiste encore, pour dissiper les hésitations bien légitimes, en pareil cas.

Vos réticences ont, somme toute, un but moral : ne pas troubler la paix d'un ménage.

Votre conduite a pour visée la sauvegarde de l'enfant : il est certain que la cure serait mal suivie, si vous en dévoiliez la teneur.

Il s'agit maintenant de préciser les formules et les prescriptions,

Quel agent thérapeutique convient-il de mettre en œuvre ?

Le meilleur correctif de la syphilis, le véritable remède de choix, c'est assurément le mercure. L'iodure de potassium est moins actif ; il est, en outre, plus mal toléré et provoque souvent du coryza, de l'acné et une désagréable saveur métallique dans la bouche.

Vous donnerez donc du mercure et vous ne pourrez guère vous adresser qu'à la voie buccale, car la méthode hypodermique et les frictions à l'onguent napolitain, surtout, sont dénonciatrices et affichantes.

M. Barthélemy cependant pratique des injections mensuelles de calomel, qu'il décore d'ailleurs du nom fallacieux d'injections de sérum.

M. Pinard emploie la formule suivante :

Biiodure d'hydrargyre..	0 gr. 10
KI......................	19 gr.
Eau (ou sirop simple)...	250 gr.
Eau de menthe..........	50 gr.

Pour ma part, je préfère le protoiodure, qui est un agent actif, bien toléré et facile à administrer.

La question de dose est également intéressante à connaître. Ne perdons pas de vue que nous voulons atteindre non pas la mère, mais le fœtus ; aussi les hautes doses ne semblent-elles pas de circonstance, à priori. L'expérience vient justement confirmer cette idée théorique : les doses faibles sont suffisantes et vous donnerez en conséquence, le protoiodure de 2 centigr. à 5 centigr. par jour, en moyenne une demi-pilule de Ricord.

A quelle époque de la grossesse faut-il administrer le mercure ?

Le plus près possible du début de la gestation, c'est une condition essentielle de succès. Si vous intervenez trop tard, après le 5me mois par exemple (Pinard), les résultats seront rarement bien bons.

Reste enfin un dernier point à établir. Combien de temps faut-il traiter la femme ? Nous répondons : toute la durée de la grossesse. M. Pinard continue la cure sans l'interrompre une seule journée. M. Budin et moi, préférons accorder dix jours de repos par mois. Ces divergences sont, il est vrai, de peu d'importance et en pratique, elles s'atténuent beaucoup, devant les exigences de cas particuliers. La clinique, nous le savons bien, permet rarement d'appliquer rigoureusement une règle préconçue.

Je me résumerai dans les conclusions suivantes :

1° Lorsqu'un fœtus est menacé par la syphilis paternelle, il a pour sauvegarde le traitement de la mère saine.

2° Les succès ainsi obtenus sont, à l'heure actuel, tellement nombreux que le praticien a le devoir de mettre ce traitement en œuvre.

3° Il faut intervenir le plus près possible du début de la grossesse.

4° Le mercure constitue la base essentielle de cette thérapeutique.

5° Vous l'administrerez comme vous pourrez, en satisfaisant aux indications individuelles,

(Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.)

VARIÉTÉS

L'Assistance à domicile aux femmes en couches.

Au n° 9 de cette année, le *Concours médical* a exposé, avec tous les détails nécessaires, le fonctionnement d'une *œuvre d'assistance à domicile des femmes en couches*, créée par M. le Dr Pecker (de Maule, S.-et-O.) sous le nom très modeste d'*Association des femmes Mauloises*. En même temps, nous faisions parvenir au corps médical, l'appel pressant de notre confrère, qui, après expérience faite, réclamait à grands cris des imitateurs et une rapide généralisation.

Nombreux ont été les échos qui se sont empressés de répondre. M. Strauss a fait parler la *Revue philanthropique* ; le professeur Pinard a approuvé par lettre publique ; M. le Dr Le Gendre a repris la question dans la *Revue de pœdiâtrie* ; MM. Schwartz et Huchard ont prôné l'œuvre dans le *Journal des praticiens* ; M. le Dr Barbézieux dans un bel article de la *Paix* ; M. le Dr Vidal, dans le *Combat Périgourdin*, un autre confrère dans le *Courrier de l'Ain*, en ont entretenu le public en fort bons termes. D'autre part, le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles a félicité M. le Dr Pecker ; et son président d'honneur, M. le Dr de Fourmesteaux, a promis de solliciter l'appui du Conseil général de Seine-et-Oise.

Enfin, l'approbation ministérielle est venue consacrer la valeur de cette heureuse tentative.

Le temps nous a manqué à l'Assemblée générale du *Concours* pour faire connaître ces précieux résultats. Mais, nous sommes presque tentés de nous féliciter du retard, car il nous permet de publier aujourd'hui la première lettre impatiemment attendue, celle qui annoncerait la mise en marche d'une création analogue sur un autre point du territoire.

Cette lettre, la voici, telle que nous la transmet M. le Dr Pecker :

Le Havre, 6 décembre 1898.

Cher et honoré Confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer que l'appel adressé par vous, dans le *Concours médical*, au commencement de cette année pour l'organisation d'une assistance à domicile pour les femmes en couches pauvres, a été entendu au Havre et que, sur mon initiative, une Société maternelle a été constituée.

Les principes, qui ont présidé à votre organisation nous ont été d'un précieux secours, et la nou-

velle Société se propose de venir en aide aux femmes indigentes accouchées, en leur assurant tous les soins de propreté et d'hygiène, dont jouissent les femmes accouchant dans les Maternités, en leur donnant un repos moral et matériel, par la présence d'une garde chargée de remplacer, dans le ménage, la mère alitée.

Vous avez été le promoteur de ce genre d'assistance à domicile, et je suis heureux d'avoir été l'un des premiers à vous suivre dans cette voie.

Dès le mois de mars 1898, je tentais avec des dames dévouées aux œuvres de bienfaisance, l'organisation d'une Société d'assistance maternelle et, à la fin de cette année, nous pouvions commencer à secourir quelques indigentes. Puisse notre œuvre, qui a déjà beaucoup de sympathie, devenir aussi prospère que celle de Maule, que je ne saurais trop vous féliciter d'avoir su si bien organiser.

Veuillez agréer etc.

Dr Ch. Bernardbeig.

P. S. — Nous avons réussi à nous procurer par collecte une somme de 7.000 fr. Déduction faite des 1.500 fr. dépensés en achat de linge et de matériel, ils nous permettront de secourir dès la première année 120 à 150 femmes. Nous avons commencé le fonctionnement, et j'ai pu me rendre compte de l'importance du service que nous rendrons à ces pauvres mères de famille.

Le *Concours médical* qui, comme le disait l'autre jour son Directeur, est acquis à toutes les belles tâches sociales, félicite M. le Dr Pecker des résultats déjà obtenus et ne peut que l'encourager dans la poursuite de son œuvre franchement humanitaire et patriotique.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvel incident de la malheureuse affaire Heim-Blanchard.— En juillet, une action en calomnie lui a été intentée par M. Baillon fils, pour avoir indiqué les auteurs des détournements de livres, avec constat d'huissier, établissant la preuve matérielle. Au tribunal correctionnel, M. Baillon a été débouté de sa demande et condamné aux dépens.

Singulière situation : M. Heim est peu goûté à la Faculté, mais il gagne tous les procès qu'on lui intente !

L'impôt Peytral sur les signes extérieurs du revenu — On se souvient que ce projet de réforme fiscale avait été rédigé pour servir de terrain d'entente. La Chambre a nommé le 1er décembre la commission chargée de l'examiner : or, il se trouve que la presqu'unanimité des élus est hostile au projet, et ne l'admet que pour servir de base à la discussion.

La réforme de l'expertise médico-légale. — M. Cruppi vient de déposer à la Chambre une proposition de loi tendant à la réforme de l'expertise médico-légale.

Dans le projet de M. Cruppi, cette réforme se résume en trois propositions : 1° créer une liste annuelle d'experts ayant un véritable caractère scientifique ; 2° donner au prévenu le droit de désigner un expert qui procédera aux opérations, concurremment désigné par le juge ; 3° enfin, dans le cas où il y aurait un désaccord entre ces deux experts, soumettre leur différend à une commission de superarbitres, composée de sommités scientifiques.

La commission des réformes judiciaires est saisie de cette proposition que M. Cruppi avait indiquée dans son ouvrage la *Cour d'assises*, et dont l'affaire Laporte, entre autres, n'a que trop démontré l'urgence.

Les femmes médecins aux Etats-Unis. — D'après une statistique officielle, il y a actuellement aux Etats-Unis, 6,882 femmes qui exercent la médecine. En 1890 les femmes médecins étaient déjà au nombre de 4.455 contre 527 en 1870.

Inauguration du monument Charcot. — L'inauguration du monument élevé à Charcot par ses élèves et amis, a eu lieu le dimanche 4 décembre, sous la présidence de M. Leygues, ministre de l'Instruction publique. La statue, œuvre de M. Falguière, est placée contre le mur de la Salpêtrière, en face du boulevard de l'Hôpital. M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a pris le premier la parole pour remettre à la Ville de Paris le monument de Charcot.

Après une réponse de M. Navarre, président du Conseil municipal, le professeur Raymond, qui a recueilli, suivant sa propre expression, la lourde tâche de succéder à Charcot dans son enseignement à la Salpêtrière, prononce l'éloge du maître qui guida ses premiers pas dans la carrière médicale.

Le professeur Cornil apporte à son tour, à son illustre prédécesseur dans sa chaire de la Faculté, « l'hommage d'un élève resté fidèle et respectueux ».

M. Leygues prend enfin la parole et, après une allocution très applaudie, remet la croix de la Légion d'honneur au docteur Albert Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry.

Les agréments de la profession. — Un jour, il y a quelques années, un médecin de la marine, qui exerce aujourd'hui dans le Doubs, M. le Dr Grosperrin, passait la visite au pénitencier de l'île Nou (Nouvelle-Calédonie), lorsqu'un forçat, *qui n'avait d'autre mobile que celui de se faire condamner à mort pour ne plus traîner la chaîne*, se précipita sur lui, et lui enfonça un tranchet dans la région précordiale. Notre confrère heureusement survécut. Un fait analogue vient de se reproduire, mais avec des conséquences mortelles.— En effet, dans le n° 3 des *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, M. A. Kermorgant rend hommage à la mémoire de M. Aquarone, qui a succombé le 3 septembre, victime du devoir, à un attentat commis sur sa personne par un condamné au moment où il passait sa visite au pénitencier de Cayenne. Le meurtrier était parvenu à dissimuler dans une des manches de son vêtement un couteau dont il avait pris soin d'affiler la lame. A l'appel de son nom, il se précipita sur notre malheureux collègue et lui trancha du même coup l'artère carotide gauche et la trachée. Une hémorrhagie foudroyante détermina la mort en quelques instants.

Tout récement aussi, M. le Dr Xavier Pradel, membre de l'Association amicale pour l'indemnité maladie, se rendant, dans la nuit, de Prades à une commune voisine, pour soigner un malade, a été attaqué par un inconnu qui a tiré des coups de revolver sur sa voiture, sans atteindre heureusement personne.

Le service militaire des étudiants en médecine. — Il vient d'être décidé que l'étudiant qui a pris une inscription la veille de son départ pour le service militaire, en conserve le bénéfice après sa libération, notamment en ce qui concerne l'immatriculation d'office, et doit obtenir celle-ci sans verser de nouveaux droits.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4310. — M. le Dr Renaud de Jougne (Doubs), présenté par M. le Dr Houdart, de Pontarlier.

N° 4311. — M. le Dr Martino, de Paris, présenté par M. le Dr Grellety, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Boisson à Tizac-de-Galgon (Gironde), membre du « Concours Médical ».

ASSOCIATION AMICALE DES MEDECINS FRANÇAIS

POUR LA DÉLIVRANCE DE L'INDEMNITÉ-MALADIE

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (Nom et prénoms)____________________
*résidant à*__________ *Département d*__________ *né le*__________
*à*__________ *Département d*__________ *Docteur en Médecine ou Officier de santé, reçu devant la Faculté de*__________ *le*__________
*déclare adhérer aux Statuts de l'***Association amicale des Médecins Français** *et après avoir pris connaissance des tarifs, demande mon adhésion.* (Combinaison A ou B) (1),

*A*__________, *le*__________

(Signature)

(1) Rayer celle que l'on ne choisit pas.
La présente adhésion doit être envoyée au Dr Jeanne, Secrétaire Général de l'Association, 23, rue de Dunkerque, Paris, ou à Meulan (Seine-et-Oise).

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités)____________________ *médecin*
*à*__________ *arrt de*__________ *dépt de*__________
*né le*__________ *à*__________
*reçu devant la Faculté de*__________ *le*__________
déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **Le Sou médical** *et tenir ma cotisation à la disposition du Trésorier qui la fera recouvrer par la poste, ou de son mandataire.*

*A*__________, *le*__________

SIGNATURE :

Affranchir ce Bulletin et l'adresser au Bureau du *Sou médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris

---

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

Vingtième année. N° 52 24 DÉCEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La détaxe de la bicyclette.

A Monsieur Monod, Directeur de l'Assistance médicale au Ministère de l'Intérieur.

Monsieur le Directeur,

D'innombrables lettres de nos confrères, attachés au service de l'assistance médicale, témoignent de la mauvaise impression produite par la formule restrictive récemment donnée à l'application de la circulaire Barthou du 30 juillet 1897.

C'est pourquoi, nous avons l'honneur d'appeler votre attention sur les inconvénients signalés, et de solliciter, pour les motifs ci-dessous, le retour aux prescriptions intégrales de cette circulaire, pour tous les médecins de l'assistance.

Des exemples, qui se rencontrent à chaque pas, suffiront d'abord à vous montrer qu'il serait injuste de maintenir, pour avoir droit à la petite décharge fiscale, les deux conditions : *obligation de solliciter le dégrèvement et nécessité d'avoir réuni cent visites ou cent abonnements au cours de l'année précédente.*

1° Nouveau venu dans une clientèle, je tiens à ne pas refuser mes services aux pauvres, et j'achète une bicyclette qui me permettra de répondre plus facilement à leur appel, dans la zône où j'exerce : puis, je me fais inscrire comme médecin de l'assistance. Mais, pendant un an, deux ans, trois ans, ou plus, je reste au-dessous du chiffre 100, dans l'un ou l'autre système, soit parce que je ne suis pas très connu, soit, ce qui est bien fréquent, parce qu'il est fait, quelque part, une pression sur les indigents, pour les amener à choisir un autre confrère que moi. Mon budget est maigre, ma clientèle insuffisante, et, si minime que soit la petite faveur, elle serait bien mieux placée dans ma feuille de contributions, que dans celle des concurrents plus arrivés et plus riches. Or c'est justement moi, qui n'en puis profiter.

2° Nous sommes trois médecins, ayant même résidence, au centre d'une région de 7.000 habitants, sur les confins de laquelle viennent mordre des confrères attachés, comme nous, au service d'assistance médicale, pendant que nous empiétons aussi un peu sur la leur, en vertu de la liberté du choix laissée, avec raison, à l'indigent. Il peut fort bien arriver alors que nous soyons conduits, nos voisins et nous, à parcourir un nombre incalculable de kilomètres, sans atteindre le chiffre fatidique de 100 abonnements ou de 100 visites. Et, malgré notre zèle, personne ne sera dégrevé : ou bien, tel le sera pour avoir dépassé le poteau d'une longueur, et verra ses concurrents, qui pourtant le suivaient de près, privés de la petite preuve d'intérêt officielle.

3° En revanche, nous avons une foule de confrères qui auront vite fait de réunir cent visites dans leur résidence, et gagneront ensuite la détaxe avec une douzaine de promenades hygiéniques extra muros.

Il ne serait pas difficile, par l'examen des nombreux cas particuliers que vous pouvez prévoir comme nous, de montrer que la formule donnée n'est pas compatible avec les principes d'équité que vous aviez certainement en vue, et que, dès lors, elle ne peut être qu'une source de mécontentements et de récriminations.

Mais nous préférons, Monsieur le Directeur, ne pas insister inutilement sur cette démonstration trop aisée, et faire valoir les objections de différentes sortes, qui ne vous ont pas été présentées.

Si nous empruntons les chiffres du Ministère de l'Intérieur lui-même, 100 indigents correspondent à peu près à une population de 2.000 âmes. Or, dès l'époque actuelle (et dans quelques années ce sera bien autre chose), la moyenne de nos clientèles est bien voisine de ce chiffre de 2.000 habitants par médecin. Est-il donc certain que chacun puisse y trouver les cent abonnements ou les cent visites, en admettant même, *ce qui est impossible*, qu'il plaise à tous les intéressés ? Il deviendrait manifeste, dans ce cas, qu'on nous retire d'une main, presque partout, ce qu'on a voulu nous offrir de l'autre. Les mauvaises langues ne manqueraient pas alors de remarquer que la circulaire généreuse précéda de peu les élections législatives, et que l'autre les suivit d'encore plus près, mettant ainsi en évidence dans l'affaire un côté politique qui ne ferait honneur à personne. Elles ne négligeraient pas non plus de rapprocher des circulaires-bicyclettes, les circulaires-Sociétés de Secours mutuels, et de constater que, dans les deux questions, il y a une frappante analogie entre les promesses et leurs conséquences. Pourquoi pousser ainsi les médecins à se considérer, à tort ou à raison, comme victimes d'un vrai machiavélisme électoral ?

2° Ce n'est pas tout. Derrière l'application de la formule récemment mise en avant, apparaît un horizon de paperasserie qui déconcerte les plus courageux d'entre nous. L'arrivée d'un nouveau confrère, la mort d'un concurrent, le remplacement d'une municipalité par une autre, les instructions du Préfet suivant les ressources du budget départemental, les fluctuations de l'état sanitaire, voilà autant d'incidents qui peuvent nous mettre alternativement, chaque année, au-dessus ou au-dessous du chiffre réglementaire, sans que notre mérite puisse être suspecté. Et alors ? — Détaxés en 1899, nous serons blackboulés en 1900, et ainsi de suite, et nous solliciterons toujours... Heureux service des postes ! Lui seul gagnera à ce petit jeu, comme la cagnotte ou le croupier. A moins que (faut il encore reproduire les suppositions malveillantes ?) on ait compté sur notre négligence épistolaire bien connue et caressé l'espérance de nous voir renoncer à la petite gracieuseté fiscale par horreur des réclamations ! Ce n'est pas notre fante, mais d'aucuns ont déjà dit que l'hypothèse était très vraisemblable. Pourquoi ne pas leur fermer la bouche ?

3° Il nous reste à vous indiquer, M. le directeur, une dernière considération qui devrait paraître de nature à entraîner une décision favorable.

Laissons de côté, si vous le voulez bien, les agents voyers, cantonniers, et autres bénéficiaires de la détaxe, et plaçons-nous exclusivement sur le terrain du budget général de l'Assistance. De vos deux lumineux rapports sur l'application de la loi de 1893, pour les années 1895 et 1896, il résulte (tous les médecins le savent, car nous le leur avons dit), *que l'Etat n'a pas eu à verser la moitié des subventions qu'il avait prévues et qui furent inscrites au crédit annuel.* Vous vous en applaudissez, nous aussi. Nous avions même pensé que là était la cause du bon mouvement de M. Barthou, et qu'il ne lui avait pas paru exagéré de prélever, sur les 800.000 fr. économisés, une gratification de 80.000 fr. (10 fr. par tête pour 8,000 médecins) en faveur de ceux qui sont les agents dévoués, désintéressés, consciencieux, et infatigables d'un immense progrès social. De là le plaisir qu'avait fait au médecin ce témoignage fort modeste de la reconnaissance officielle. Nous ne sommes pas exigeants !

Mais que va dire maintenant le corps médical, si on le récompense d'avoir économisé, rien qu'à l'Etat, ce quasi-million, en lui retirant quelqu'un des avantages, jusqu'ici concédés ? Infailliblement il répondra ceci : « Nous, médecins, nous avons gracieusement abandonné « au gouvernement (sans parler de la commune « et du conseil général), environ 100 fr. par an « (800.000 divisés par 8.000 médecins). Il avait « eu le bon goût de nous en témoigner spontanément satisfaction par un dégrèvement de « 10 fr. et, en gens peu gâtés, nous fûmes touchés « du procédé. Mais, aujourd'hui, il se ravise et « retire une grande part de ses générosités en « *nous parlant d'abus* ? Eh bien, nous payerons « les 10 fr. de la bicyclette, sans solliciter de dégrèvement, mais nous porterons le prix de « nos services un peu plus près de leur valeur « réelle, de telle façon que les économies faites, « par nous, *pour l'assistance exclusivement*, n'aillent plus s'engloutir dans le gouffre du budget « général auquel nous ne devons que nos contributions. » Ne sont-ils pas logiques ?

Vous êtes, Monsieur le Directeur, de ceux qui ont toujours pensé, dit et écrit que l'application de la loi de 1893 n'était possible que par l'accord entre l'Etat et le corps médical. Vous estimerez donc, nous en sommes convaincus, qu'il serait déplorable de briser ou de compromettre cette entente par un injuste retour en arrière, surtout quand il s'agit d'une aussi misérable somme, (pas même les appointements d'un ministre !), qui *en réalité* fut prélevée sur notre dû, avec notre consentement plus ou moins volontaire.

C'est pourquoi, confiants dans votre esprit d'équité, nous faisons appel à votre initiative et à votre influence, pour obtenir la fin des tracasseries auxquelles nos confrères furent soumis, et le retour à l'application, sans restriction, de la circulaire du 31 juillet 1897.

LE CONSEIL DE DIRECTION DU CONCOURS MÉDICAL.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les sinusites aiguës de la face.

M. le Dr *M. Lermoyez* a récemment énuméré, dans une leçon clinique, les principes indispensables à connaître pour tout médecin-praticien, qui est appelé à soigner une sinusite :

1° Les sinusites purulentes sont extrêmement fréquentes ;

2° Il y a, à cette fréquence des raisons évidentes ;

3° Les sinusites sont des affections de haute gravité ;

4° Le pronostic des sinusites aiguës et des sinusites chroniques est très différent ;
5° Les médecins méconnaissent toujours les sinusites aiguës ;
6° Cependant, il est très facile, de les reconnaître ;
7° Il est également très facile de les guérir.

Ce diagnostic et ce traitement n'exigent pas de la part de celui qui le fait, la moindre notion de rhinologie.

Aiguës, bénignes et très aisément curables sans opération, à leur début : plus tard, chroniques, graves et difficilement curables par de larges opérations : tels sont les caractères usuels des sinusites purulentes. Cependant, le médecin est à peu près le maître du pronostic des sinusites. Il faut qu'il sache les diagnostiquer au début.

Les sinusites purulentes sont extrêmement fréquentes. — Cela ressort des recherches de Gradenigo (de Turin) et de Weischelbaum (de Vienne). Gradenigo a donné comme chiffre de fréquence 26 % ; donc, sur cinq malades d'hôpital pris au hasard, un au moins est porteur d'une sinusite.

Weichselbaum a donné 90 %, mais ses observations portent sur des sujets morts de grippe.

Pourquoi les sinusites purulentes sont-elles si fréquentes ? Parce que les sinus de la face offrent plusieurs portes d'entrée à l'infection.

Ils communiquent avec les fosses nasales et l'infection est nasogène (coryza).

Ils sont en rapport avec les dents (sinus maxillaire), et l'infection vient de la carie dentaire. Quelquefois l'infection du sinus maxillaire, produite par une dent cariée, se propage au sinus frontal. On a alors une sinusite au 2e degré.

Les sinusites purulentes sont des affections de haute gravité. — L'histoire des sinusites purulentes est superposable à celles des otites suppurées. Le voisinage d'une sinusite purulente menace autant le cerveau que celui d'une otite.

Dreyfuss nous apprend que :

a) La sinusite maxillaire est naturellement bénigne à la condition de demeurer isolée. Elle ne menace que l'œil.

b) La sinusite ethmoïdale expose à la *méningite de la base.*

c) La sinusite frontale a comme complication *l'abcès du cerveau.*

d) La sinusite sphénoïdale, la plus redoutable, a pour complication classique la *thrombose du sinus caverneux.*

Le pronostic des sinusites aiguës et des sinusites chroniques est très différent. — Sinusites chroniques : Durée indéfinie, mort cérébrale toujours menaçante.

Sinusites aiguës : Une sinusite aiguë se termine de trois manières : par la guérison, par la mort, par la chronicisation.

La sinusite aiguë est une affection *a frigore* ; la sinusite chronique, une affection *a medico.*

Les médecins méconnaissent le plus souvent la sinusite aiguë. Il est cependant facile de la reconnaître. Les adultes seuls en sont atteints. On doit considérer comme atteint d'une sinusite tout individu chez qui apparaissent soudainemen, et simultanément : une suppuration nasale et une névralgie faciale. *Il est très facile de guérir une sinusite aiguë.* La douche de Weber doit être absolument proscrite.

La douche d'air avec la poire de Politzer a cet avantage de bien vider le sinus, de calmer, séance tenante, les douleurs résultant de la rétention du pus. Mais, elle peut compromettre l'oreille et les sinus non atteints. La cocaïnisation directe de l'orifice des sinus est un excellent moyen, mais peu à la portée du praticien. Le traitement de choix est celui qui consiste dans l'emploi du menthol.

Le menthol n'est pas toxique ; il est vasoconstricteur local ; il est analgésique ; il est antiseptique.

On l'emploie en inhalations. Une cuillerée à café de la solution suivante dans un bol d'eau très chaude :

Alcool à 90°.........	100 grammes.
Menthol cristallisé..	4 —

A faire toutes les heures pendant une dizaine de minutes.

Une dernière recommandation capitale : enlever sans aucun retard toute molaire supérieure suspecte de causer la sinusite ou de l'entretenir.

Furoncles et furonculose.

D'après M. le Dr *Brocq* (in *Gaz. des Hôpitaux*) le *traitement abortif* du furoncle comprend de nombreux procédés : cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, attouchement avec une solution alcoolique d'acide phénique à 10 %, application de rondelles d'ouate hydrophile imbibées d'alcool camphré, d'alcool absolu saturé d'acide borique, d'une solution boriquée chaude à 50°. La teinture d'iode ou la ponction faite avec la pointe fine du thermo-cautère ou du galvanocautère semble être plus efficace que les moyens précédents.

A la *période d'état*, l'incision est nécessaire dans les furoncles volumineux, tendus, à base large et indurée, recouverts de téguments épais et rouges. Dans l'immense majorité des cas, quand le furoncle est de petit ou moyen volume, qu'il évolue rapidement vers la superficie, que le sommet acuminé et aminci laisse en peu de jours apparaître le bourbillon, il faut appliquer des pansements humides boriqués ou des cataplasmes de fécule de pomme de terre, faits avec de la fécule délayée à froid dans une solution à 4 % d'acide borique et portée ensuite à l'ébullition.

Le *traitement général* n'est indiqué que chez les malades prédisposés à des éruptions plus ou moins confluentes de furoncles, à des poussées récidivant à intervalles variables.

M. Brocq recommande l'usage fréquent de bains sulfureux, les lavages du corps avec l'alcool camphré, le port de toile fine plutôt que de laine. En cas de glycosurie, il faut instituer le traitement spécial. L'antisepsie intestinale, dans le cas contraire, devra être pratiquée, suivant les conseils de M. Bouchard.

Naphtol β.................	āā 50 centigr.
Magnésie anglaise.........	
Salicylate de Bismuth.....	

pour un cachet. En prendre deux par jour.

M. Robin ordonne un grand lavement froid d'un ou deux litres et trois cachets par jour de :

Soufre sublimé........... 0,10 centigr.
Camphre pulvérisé........ 0,12 —
pour un cachet.

M. Gingeot conseille soit l'usage des eaux sulfureuses, soit la solution suivante :

Hyposulfite de soude.......... 36 gr.
Eau distillée................. 300 —
à prendre 3 cuillerées à café par jour.

M. Brocq s'est bien trouvé de la teinture de colchique. A l'heure actuelle, et c'est le traitement, qui paraît donner les meilleurs résultats, on recommande l'usage de la levure de bière (2 à 3 cuillerées à café par jour).

Enfin, l'hygiène alimentaire doit être des plus sévères, proscrire une alimentation trop abondante, les corps gras, les fromages avancés, la charcuterie, les moules, les fraises, le gibier, certains poissons, etc., remplacer le vin par de l'eau et même de l'eau de goudron.

Action du chloroforme, de l'éther et de la morphine sur le travail de l'accouchement.

Les *Archiv. für Gynäcol.* rapportent les conclusions des recherches de M. Hensen sur l'action du chloroforme, de la morphine, de l'éther au moment du travail de l'accouchement :

Le chloroforme et le chloral exercent sur l'utérus une action paralysante, mais celui-ci à un moindre degré.

La morphine prise à la dose de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 02 centigrammes est sans aucune influence sur l'énergie des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux.

L'éther produit au bout de deux minutes un affaiblissement notable du travail utérin en diminuant la force des contractions et en augmentent les intervalles qui les séparent.

L'activité utérine reprend de cinq à vingt minutes après qu'on a cessé l'administration de l'éther.

Pendant la narcose l'action des muscles abdominaux est interrompue.

Tandis que l'action du chloroforme se prolonge parfois pendant plus de deux heures, l'influence de l'éther cesse beaucoup plus vite et les douleurs reprennent après la narcose avec la même énergie qu'auparavant. C'est pourquoi l'on doit préférer l'emploi de l'éther à celui du chloroforme dans la pratique obstétricale, car il est désirable que les contractions utérines recommencent tout de suite après une opération pratiquée pendant l'anesthésie, soit pour aider à l'expulsion de l'enfant, soit pour prévenir une hémorrhagie par atonie de l'utérus pendant la période de la délivrance.

Les victimes du lait.

Décidément, M. *Meunier*, de Calais, a déclaré au lait une guerre qui menace de s'étendre. Récemment, à la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr Netter se rangeait au nombre des accusateurs du lait. Il présentait un enfant d'un an, chez lequel, on pouvait constater encore quelques pétéchies et une teinte légèrement violacée des gencives, mais qui, il y a quelques semaines, présentait tout le tableau de la maladie de Barlow, où scorbut infantile. Au mois de septembre, sa mère remarqua qu'il devenait pâle, apathique, pouvait à peine remuer les jambes, et criait quand on le touchait. Au commencement d'octobre, la pâleur s'exagéra et il apparut de l'œdème des pieds sans rougeur ; bientôt, le teint devint terreux, les douleurs plus vives, les membres inférieurs devinrent immobiles, tuméfiés, en état de pseudo-paralysie, et sur le tibia gauche apparurent deux saillies violettes constituées par des hémorragies sous-périostées ; les gencives étaient tuméfiées, puis bientôt devinrent saignantes et fongueuses.

« Le diagnostic était évident, et l'enfant fut soumis au traitement antiscorbutique, jus d'orange, jus de viande crue et lait bouilli. L'amélioration fut presqu'instantanée, et après cinq jours l'enfant était presque complètement guéri. La nature des lésions constatées dans ce cas et le résultat merveilleux du traitement antiscorbutique, ne permettent pas de mettre en doute le diagnostic, mais la pathogénie de ce cas semble être particulièrement intéressante.

« Cet enfant avait été élevé d'abord au lait maternisé, puis, depuis longtemps, il était nourri de lait pasteurisé au moyen de l'apdareil Soxhlet, auquel on ajoutait des jaunes d'œufs et de la phosphatine.

« Il est difficile de se rattacher à une autre hypothèse que celle de troubles de la nutrition dus à la stérilisation du lait ; le scorbut infantile est parfaitement semblable à celui des adultes, et celui-ci est certainement dû à la privation d'aliments frais. D'ailleurs, en compulsant les observations publiées de scorbut infantile, on voit que cette affection ne se manifeste pas chez les enfants élevés au lait ordinaire. Les 9/10 des cas ont trait à des enfants nourris avec du lait concentré ou des farines alimentaires stérilisées : les autres cas concernent des enfants ayant été nourris au moyen de lait stérilisé du commerce ou bien avec du lait stérilisé à domicile, d'après la méthode dite de Soxhlet, c'est-à-dire soumis pendant 40 minutes à l'action d'un bain-marie d'eau bouillante.

« M. Guinon. Le cas que vient de rapporter M. Netter est bien sans contredit le plus bel exemple de maladie de Barlow qu'on ait publié en France ; depuis quelques années beaucoup d'observations publiées sous ce nom, ne ressortissaient pas au scorbut infantile.

« M. Legendre. Je ne suis pas convaincu que dans le cas rapporté par M. Netter, il faille incriminer le lait stérilisé ; pour pouvoir l'affirmer, il eût fallu que l'enfant ait été guéri par la seule substitution du lait frais au lait stérilisé ; sans l'adjonction de la médication antiscorbutique.

« Nous avons eu assez de peine à faire entrer dans la pratique des familles l'usage du lait stérilisé, pour que l'on n'aille pas, sans preuves suffisantes, essayer de le battre en brèche. »

Terrain tuberculeux et terrain arthritique

Le Dr *Boureau*, de Tours, vient de faire une intéressante étude comparative du terrain tuberculeux et du terrain arthritique, d'où il résulte que, le terrain tuberculeux est le terrain déminéralisé, pauvre en chlorures aux dépens de la chaux et de la potasse, et hypoacide ; le terrain ar-

thritique, au contraire, est surminéralisé, riche en chlorures aux dépens de la soude et de la magnésie et hyperacide.

En présence d'une aussi complète dissemblance, d'une constitution aussi disparate, on ne peut être surpris qu'en face du bacille, ces deux terrains se comportent d'une façon différente.

Le sol arthritique opposera à la culture bacillaire l'état spécial de sa nutrition. Il présentera une sorte d'immunité qui se traduira par une réceptivité plus difficile, et si par hasard une défaillance momentanée permet au bacille de s'installer, il ne lui permettra que de végéter, prêt à reprendre le dessus et à l'étouffer.

La clinique, sans en pénétrer les causes intimes, avait déjà constaté le fait et depuis longtemps, cette idée de l'influence de l'arthritisme sur la tuberculose a été soutenue par de vieux cliniciens tels que Franck et Barthez.

Signalons comme preuve plus récente les constatations de Dubar. Le sérum des arthritiques mis en présence des cultures de bacilles de Koch, agglutine les bacilles, fait qui, d'après les observations de Courmont, indique une immunité relative.

Cet antagonisme que nous venons de constater, les différences biologiques qui caractérisent le terrain tuberculeux et le terrain arthritique, et qui prouvent que l'un marche en sens inverse de l'autre, donnent fatalement l'idée de chercher à faire dévier vers l'arthritisme le sol tuberculeux.

Puisque l'arthritique cultive si mal le bacille, pourquoi ne pas fournir à ce parasite un sol peu fertile où sa vie soit compromise ; pourquoi ne pas *ehereher à faire de nos tuberculeux des arthritiques* ?

Pour arriver à ce résultat, voici ce qu'il faut prescrire :

Au point de vue hygiénique, recommander tous les facteurs de surnutrition et d'hyperacidité.

Alimentation où domineront les *graisses*, les *féculents* et les *sucres*, les condiments, les vinaigres, les épices. Mais, avant tout, que cette alimentation soit excessivement abondante et incessante.

Usage de doses modérées d'*alcool*, sous les formes les moins nocives à l'estomac, de café et de thé.

Boissons peu abondantes. L'insuffisance de l'eau ralentit la nutrition (Bouchard).

Repos musculaire et intellectuel le plus complet, combiné avec l'*aération* la plus large dans un climat froid, conditions qui maintiennent l'appétit à son maximum.

De longues heures de sommeil, de longs séjours sur la chaise longue, le malade étant très chaudement couvert pour éviter le refroidissement, qui entraîne une combustion trop active.

En résumé, le traitement des volailles soumises à l'engraissement.

En outre, puisque le but cherché est l'augmentation du poids, avant tout, chez le tuberculeux, il est nécessaire de le placer dans les mêmes conditions que réalise l'obèse arthritique. Or, chez ce dernier, c'est grâce à l'hyperacidité produite par son vice de nutrition que s'accumulent les graisses. Nous nous adresserons donc aux *deux grands facteurs d'hyperacidité*, les acides libres de combinaisons alcalines ; en première ligne, l'*acide phosphorique à doses élevées*, le *tannin*, etc., et, en plus, la *créosote*, dont l'action hyperacidifiante ne s'exerce qu'avec une saturation excessive du malade.

Et, comme indication générale, tendre à l'hyperacidité humorale la plus élevée, si on veut donner au sol tuberculeux la résistance du sol arthritique.

Symptômes et traitement de la grossesse extra-utérine,

Par M. le professeur LAROYENNE (de Lyon).

(*Congrès de Marseille.*)

Le développement de la grossesse extra-utérine s'accompagne de symptômes obscurs, et on peut dire que, sauf exception, le diagnostic de grossesse ectopique est impossible à déterminer.

La suppression des règles, jusque-là régulièrement apparues, est cependant un antécédent d'une haute valeur ; il faut aussi avoir recours au toucher *rectal* qui fournit bien souvent, mieux que tout autre procédé, un signe certain de gravidité extra-utérine. Il permet d'atteindre et de reconnaître l'embryon ou le fœtus, soit *une petite* tête donnant une sensation parcheminée, soit son corps ; mais encore faut-il, pour que ce signe existe, que la grossesse soit au moins à deux mois et demi ou à trois mois.

L'impossibilité fréquente de dépister une grossesse extra-utérine entraîne la difficulté de diagnostiquer l'hématocèle, dont elle a été la cause, et l'on a déjà indiqué au congrès de Genève que souvent on ne pouvait distinguer entre une hématocèle et la rupture d'une trompe purulente. Le début peut être le même dans les deux cas, s'accompagner des mêmes accidents soudains et menaçants. Les symptômes de l'anémie par hémorragie interne, propres, il est vrai, à l'hématocèle, peuvent être peu évidents, défigurés comme ils le sont par ceux de la péritonite subite. Ainsi donc, la soudaineté d'accidents péritonitiques graves coexistant avec l'apparition d'une collection pelvienne, n'est pas l'indice certain d'une hématocèle. Les antécédents ne fournissent bien souvent aucun signe différentiel et ne permettent pas le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Ils peuvent être les mêmes lorsqu'il s'agit d'une salpingite diffuse. En effet, un mauvais état antérieur des voies génitales favorise l'éclosion d'une affection tubaire aiguë, comme aussi il prédispose à la grossesse ectopique. Jacobs a bien insisté sur l'existence fréquente d'un suintement sanguin dans la gravidité extra-utérine, or, ce suintement n'est pas rare non plus dans les salpingites. Une suppression des règles chez une femme régulièrement menstruée jusque-là, quand l'interrogatoire de la malade réussit à mettre cette suppression nettement en évidence, est souvent le seul indice important de la grossesse ectopique.

Quant au toucher rectal, qui est un moyen précieux pour reconnaître la présence d'un fœtus hors de la cavité utérine, il ne donne aucun renseignement de ce genre pendant la période aiguë de l'hématocèle et la collection liquide du cul-de-sac postérieur est seule perceptible, sans que l'on puisse savoir si elle est purulente ou hématique.

On intervient dans les grossesses extra-utérines et dans les hématocèles qu'elles déterminent, par la voie vaginale et par la voie abdominale.

Si la collection sanguine n'a pas un trop grand volume, c'est-à-dire reste bien au-dessous de l'ombilic, on intervient par le vagin.

Un large débridement du cul-de-sac postérieur, suivi de l'évacuation aussi complète que possible de tous les caillots contenus dans la cavité et d'un drainage à la gaze iodoformée a toujours réussi. Mais ici, comme dans les colpotomies pour pelvi-péritonites, ce doit être la règle d'explorer toujours avec soin la cavité.

Si l'on peut sentir une trompe, en quelque sorte *flottante*, dans cette cavité, comme on la trouve dans certaines salpingites enkystées, on l'extirpe après avoir placé une pince à demeure sur son pédicule, aussi près que possible de l'utérus. Au cours de l'opération, on doit veiller à ne jamais intéresser les annexes du côté sain, ni la paroi de la poche.

S'il s'agit d'une hématocèle volumineuse ou d'un kyste embryonnaire ou fœtal développé, si la tumeur remonte non loin de l'ombilic, on *pratique la laparotomie. L'incision de la* paroi abdominale ne doit pas dépasser la poche fœtale où se limitera l'intervention. Il ne faut pas s'attacher à extraire les membranes, ni le placenta, ce serait s'exposer à de graves accidents que de rechercher à tout prix leur ablation, alors qu'ils sont insérés en quelque point de l'intestin ou de la grande cavité péritonéale. La poche fœtale est drainée comme celle d'un kyste marsupialisé, et nous n'avons pas observé consécutivement d'éventration de quelque importance, surtout si l'on a eu soin de suturer la poche à l'*aponévrose* de la paroi abdominale et non pas seulement à la peau.

L'époque de l'intervention dans la grossesse extra-utérine peut être particulièrement délicate à fixer, lorsque la preuve de la vie du fœtus est faite par la constatation des bruits du cœur. Nous ne nous occuperons pas de cette question, et nos remarques ne portent que sur l'époque de l'intervention dans les hématocèles produites par la grossesse extra-utérine.

Il convient d'abord, à ce sujet, de dissiper un malentendu. On nous a considéré — et M. Segond a pu nous le reprocher dans son éloquent rapport — comme un adversaire systématique de toute intervention d'urgence dans les hématocèles. Il est cependant pour nous évident, qu'en présence d'une hémorragie foudroyante qui va manifestement emporter la malade dans le plus bref délai, il faut intervenir et l'opportunité de l'intervention immédiate ne saurait être discutée. Seulement, nous nous élevons d'autre part — et c'est cette opinion qui a prêté à confusion — contre l'abus des indications à ces opérations d'urgence. La brusquerie du début des accidents ne doit pas, notamment, être considérée à elle seule comme une indication à intervenir immédiatement. Est-ce à dire que ces hématocèles puissent être abandonnées de parti pris à une expectation passive ? En aucune façon. C'est une *expectation vigilante* que nous recommandons, une surveillance assidue, qui permettra d'en appeler d'un moment à l'autre à l'intervention. Si les symptômes d'anémie s'exagèrent ou simplement persistent, si l'état général continue à être mauvais, si le ventre augmente de volume, si, en un mot, on soupçonne que l'hémorragie interne ne s'est pas arrêtée spontanément, on laparotomisera.

De nombreuses colpotomies pratiquées pour des collections, dont il était le plus souvent, avant l'incision, impossible de diagnostiquer le contenu, nous ont très fréquemment mis en présence d'hématocèles anciennes, enkystées, contenant ou non des débris embryonnaires. D'autre part, la clinique nous a montré que la soudaineté impressionnante du début de l'hématocèle n'était pas, à elle seule, suffisante pour exiger l'intervention immédiate. C'est l'observation attentive qu'elle commande. Le désir de faire courir à la malade des risques opératoires moindres, en n'intervenant que lorsque l'hématocèle est enkystée, ne doit pas faire repousser une intervention d'urgence lorsque celle-ci s'impose, mais ce désir peut rendre plus exigeant sur l'indication de l'urgence.

Si, après le début brusque, les symptômes d'anémie diminuent, si l'état général se maintient, si le ventre n'augmente pas de volume, si le diaphragme fonctionne, on doit attendre. (*Gaz. des Hôpitaux.*)

Dans la pratique hospitalière où, il est vrai, les cas vraiment foudroyants s'observent rarement, car ils n'ont pas le temps d'être transportés à l'hôpital, les opérations d'urgence sont une bien rare exception. Sous l'influence du repos absolu, de la glace, des révulsifs et des opiacés et sous la protection d'une surveillance assidue, des collections hématiques se résorbent au bout de quelques semaines ; les autres s'enkystent et sont opérées, le plus souvent par la voie vaginale.

MEDECINE PRATIQUE

Chimisme stomacal

A première vue, le chimisme stomacal semble devoir satisfaire toutes les exigences du diagnostic, dans les affections d'estomac ; et c'est pourquoi, la plupart des grands spécialistes se sont emparés avec enthousiasme de cette nouvelle méthode. Malheureusement, dans le cas particulier il y a loin de la théorie à la pratique : et la clinique nous donne des résultats souvent plus certains que ne saurait nous en fournir le chimisme stomacal. Aujourd'hui, un grand nombre de médecins ont déjà renoncé à ce procédé d'examen, qui, de prime abord, nous apparaît comme étant le plus sûr et le plus logique ; et si quelques-uns de nos Maîtres persistent encore à s'en servir, c'est plutôt pour obéir au mouvement scientifique, que par conviction sincère.

Depuis quelques années, j'ai eu recours moi-même en maintes circonstances au chimisme stomacal, et les résultats obtenus étaient si variables, parfois même si singuliers, que j'ai fini par y renoncer. Il est bien certain que lorsque nous sommes en présence d'une hyperchlorhydrie très nette, le chimisme donnera des résultats constants ou à peu près réguliers ; mais, dans ce cas, pourquoi imposer aux malades cette épreuve tout au moins inutile ? Ici la symptomologie est

suffisamment éloquente, pour ne point hésiter à affirmer un diagnostic.

Lorsqu'au contraire, les phénomènes gastriques ne sont pas classiquemment définis, lorsqu'ils sont tels que nous demeurons indécis sur la nature de l'affection stomacale que nous avons à observer, le chimisme lui-même, la plupart du temps, ne nous éclairera pas davantage ; et c'est cependant, dans ces cas obscurs, qu'il pourrait être appelé à nous donner d'utiles renseignements.

Je l'ai appliqué à un assez grand nombre de malades, surtout chez ces dyspeptiques mal caractérisés, qui lassent la patience du praticien et épuisent les ressources de sa thérapeutique, là, en un mot, où nous aurions besoin d'être plus affirmatifs et mieux fixés. Or, précisément, le chimisme ne m'a donné habituellement que des résultats très incertains. Toutes les fois que j'ai pu mettre à contribution la patience du malade, j'ai procédé à plusieurs repas d'épreuve, à 2 ou 3 trois jours d'intervalle chaque, avant de commencer tout traitement ; jamais les chiffres de ces diverses analyses ne concordaient, souvent même je trouvais les oscillations les plus bizarres. Comment donc aurais-je pu conserver mon absolue confiance à un procédé, qui laissait en mon esprit les mêmes doutes et les mêmes hésitations ?

Il n'y a là rien qui doive nous surprendre, car nous ne devons pas oublier que l'estomac est parculièrement soumis aux impressions psychiques et par conséquent aux fantaisies du système nerveux. Dans le cours de notre pratique, 8 fois sur 10, les dyspeptiques, qui viennent réclamer nos conseils doivent être rangés dans la catégorie des névropathes, neurasthéniques ou autres. Ne voyons-nous pas constamment des alternatives d'améliorations et de recrudescence sans cause appréciable ? Ne voyons-nous pas de ces malades, qui se plaignent sans cesse de leur estomac, et qui un beau jour digèrent des cailloux, parce qu'ils sont sortis de leur milieu et de leur train habituel ? Dans un dîner de chasseurs ou dans un fin souper, où règnent la distraction et la gaieté, ces mêmes nerveux mangent, comme quatre, des mets les plus invraisemblables, et les tolèrent admirablement.

Ce rôle considérable que joue le moral sur les fonctions digestives de l'estomac, par conséquent sur l'état chimique du suc gastrique, se manifeste chez des individus qui n'ont aucune apparence de nervosisme. Il nous est impossible parfois de leur prescrire un régime précis ; ils savent mieux que nous, ce qu'ils peuvent digérer. Tels aliments, qui nous semblent convenir plus particulièrement à leur état gastrique, sont absolument mal supportés ; d'autres, au contraire, qui sont d'une digestibilité déplorable, passent inaperçus. Certains mets ont le privilège d'exciter par réflexe, plus que d'autres, la sécrétion du suc gastrique. De même que l'eau nous vient à la bouche en face d'un dîner succulent qui flatte nos goûts, de même il est plausible que sous la même influence les glandes de l'estomac sécrètent plus ou moins abondamment leur liquide digestif. C est ce qui explique comment des mets nettement indigestes sont souvent fort bien tolérés par des malades qui les ont mangés avec plaisir.

Evidemment, les variations du chimisme et les résultats incertains qu'il donne, sont dus uniquement à cette influence du système nerveux. C'est pourquoi, nous ne pouvons considérer l'estomac comme une simple cornue, et nous ne devons pas nous enthousiasmer pour un procédé qui ne peut nous fournir des données sûres, que dans les cas, comme l'hyperchlorydrie, où les symptômes cliniques ne nous permettent pas d'hésiter.

Enfin, c'est encore à ces influences pyschiques, à cette domination du système nerveux, qui modifient si inopinément parfois l'état chimique des liquides de l'estomac, que nous devons nos insuccès dans la thérapeutique des dyspepsies. Et voilà comment, plus nous avançons dans l'étude de ces affections, plus nous avons de tendance à renoncer aux ressources de la pharmacologie, pour recourir aux régimes et, surtout, au traitement externe.

Dr BRULARD.

HYGIENE

La question des Sanatoria populaires au Congrès d'Hydrologie de Liège.

Au Congrès d'Hydrologie, de Géologie et de Climatologie médicales qui a eu lieu récemment à Liège, M. le Professeur J. Félix a soumis un rapport fort intéressant sur la question suivante, dont l'étude avait été demandée par le Gouvernement belge : « De la création des Sanatoria et des stations climatiques à bon marché. »

Au moment où l'on voit la thérapeutique se faire de plus en plus hygiénique, cette question présente un véritable intérêt et M. Félix l'a traitée avec toute l'ampleur qu'elle méritait.

Il ne s'agit pas seulement, pense l'éminent rapporteur, de créer des sanatoria pour les tuberculeux. La tuberculose n'est, le plus souvent, que la résultante d'une hygiène déplorable et des conditions mauvaises dans lesquelles vivent les ouvriers. Bien souvent elle se développe, parce que des convalescents d'une maladie aiguë sont rentrés trop tôt à l'atelier, en même temps qu'ils ne trouvaient pas chez eux un confortable suffisant.

Il y a donc lieu, pour les hygiénistes, de se préoccuper de cette situation, afin de tâcher de prévenir les conséquences funestes des convalescences incomplètes. Aussi, M. Félix, généralisant la question, conclut-il qu'il y aurait un intérêt social de premier ordre à créer des colonies sanitaires : 1° pour les tuberculeux ; 2° pour les anémiques et les neurasthéniques ; 3° pour les convalescents et les surmenés ; 4° pour les malades revenant des colonies.

Au cours de son travail, M. Félix nous montre les conditions déplorables dans lesquelles sont logés les ouvriers des grandes villes et il insiste surtout sur les ravages terribles que fait l'alcoolisme.

Ces constatations, faites en Belgique, s'appliquent malheureusement à la France, puisqu'il est parfaitement prouvé qu'aujourd'hui c'est la France qui détient le record de l'alcoolisme.

Inutile d'insister longuement sur les dangers que fait courir l'encombrement. Lorsqu'un convalescent rentre dans sa famille logée dans une unique pièce où l'on peut trouver jusqu'à 8, 10,

voire même 14 individus, il n'est pas surprenant que la mortalité atteigne, dans la classe pauvre des villes le triple, et le quadruple de ce qu'elle est dans la classe aisée.

Mais l'alcoolisme fait bien d'autres ravages, nous ne l'ignorons pas, et il faut bien constater que d'année en année la progression est formidable.

En Belgique, le chiffre de consommation annuelle de l'alcool est de 75.000.000 de litres, représentant une dépense de 500.000.0000 fr. et 198.000 cabarets.

L'alcool bu en Belgique absorbe chaque année plus de 300 fois la somme totale des budgets des plus importantes sociétés philanthropiques du pays. Depuis un an, les droits perçus par l'. tat belge ont passé de 42 à 51 millions. On voit que les Sociétés de tempérance et la « Ligue patriotique contre l'alcoolisme » qui vient de se fonder, ont largement de quoi développer leur activité.

En France, on peut estimer qu'il est dépensé annuellement environ 2 milliards par la classe peu aisée pour subvenir à sa passion alcoolique (non compris bien entendu les boissons prétendues hygiéniques). Paris compte 33.000 cabarets. La ville de Roubaix (100.000 habitants) a 2050 débits, aussi a-t-elle le précieux avantage de compter 29 cabaretiers dans son conseil municipal, ce qui n'est pas sans avoir de graves inconvénients pour la municipalité, ainsi qu'on a pu le voir tout dernièrement.

En Suède et en Norwège on a réagi et aujourd'hui on peut dire que l'alcoolisme y est réduit à son minimum. Les communes ont le droit d'accorder le monopole de l'alcool à une société dont le bénéfice dépassant 5 % du capital est attribué à des œuvres d'utilité publique. Les débitants sont des gérants qui ont un salaire fixe et qui, par conséquent, n'ont nul intérêt à exciter les consommateurs à boire. Aussi, alors que la moyenne individuelle de la consommation d'alcol est pour la France de 15 litres, pour la Belgique de 10 litres 5, elle n'est en Suède que de 4 litres 5 et en Norwège de 3 litres.

Partout il y a tendance à la diminution, sauf en France et en Belgique, où l'augmentation ne cesse de progresser.

S'appuyant sur ces constatations, M. Félix nous dit ceci : l'Etat, qui prélève sur l'alcool des droits considérables, doit subvenir pour une grosse part dans la création et l'entretien des établissements destinés à combattre ses ravages. Il faut attribuer une grande partie de ces droits à la création des sanatoria et à la suppression de l'usage des boissons alcooliques par l'expropriation forcée des distilleries, pour cause de salubrité publique.

Le surplus des sommes nécessaires à l'installation et au fonctionnement de ces établissements serait fourni par un impôt en majeure partie prélevé sur les patrons qui ont un intérêt de premier ordre à avoir des ouvriers sains et bien portants.

On ne peut que féliciter M. Félix d'avoir traité cette question avec autant de franchise qu'il l'a fait, en se plaçant simplement au point de vué de l'hygiène. Aussi son travail a-t-il été le point de départ d'une discussion approfondie.

Il semble pour l'instant que pratiquement on ne puisse espérer voir adopter ses conclusions. Demander à l'Etat, en France aussi bien qu'en Belgique, de renoncer aux sommes considérables que lui rapporte l'alcool, c'est aller au devant d'un échec certain. On cherche en ce moment à surélever les droits sur l'alcool, pour dégréver les boissons dites hygiéniques. C'est très bien ou plutôt ce serait très bien si l'on se proposait par là de diminuer l'alcoolisme. En réalité, le but poursuivi consiste à faire rentrer dans les caisses de l'Etat le plus d'argent possible. Le seul résultat de ces nouvelles dispositions fiscales sera simplement celui-ci : on boira toujours autant d'alcool, mais celui-ci sera davantage frelaté. Et puis, on sait trop bien, en Belgique comme en France, qu'il est impossible de porter atteinte à l'omnipotence sacro-sainte des cabaretiers. Comment donc feraient nos hommes politiques, qui perdraient ainsi leurs meilleurs agents électoraux. On ne peut songer sans frémir à une pareille calamité !

Il faut le redire une fois de plus ; la solution de cette question est aux mains de l'initiative individuelle et ne sera jamais résolue par l'Etat.

En Allemagne, où, comme nous l'a fait remarquer M. Malvoz, l'assurance contre la maladie est obligatoire pour les ouvriers, les caisses d'assurance ont pu créer de nombreux sanatoria qui fonctionnent sans rien demander à personne. C'est en cherchant à se placer dans des conditions analogues qu'on pourra aboutir chez nous à faire quelque chose. Tel a été d'ailleurs l'avis du Congrès qui a voté les conclusions suivantes :

« Le Congrès émet le vœu que, dans les pays où les caisses d'assurances d'Etat contre les maladies des travailleurs n'ont pas encore créé de sanatoria pour les tuberculeux, les administrations hospitalières des grandes villes d'une part, les sociétés ouvrières de secours mutuels aidées par les provinces ou les départements de l'autre, prennent l'initiative de ces institutions. »

C'est là un encouragement donné aux médecins qui, chez nous, luttent pour la même idée. On a lu, dans ce journal, les efforts faits dans ce sens par nos confrères du Loiret, dont l'initiative intelligente et pratique tend à se généraliser.

Nous ne pouvons que remercier M. Félix d'avoir apporté à l'étude de cette question si importante le précieux appoint de son savoir et de son autorité.

Dr F. Toussaint (d'Hyères).

OPHTHALMOLOGIE

Une pince spécialement destinée au retournement des paupières pour les cautérisations dans le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés,

Par le Dr P. Bettremieux.

La conjonctivite purulente des nouveau-nés est parmi les affections oculaires graves une de celles qui intéressent le plus le médecin non spécialiste, c'est celle qu'il a le plus souvent occasion de soigner.

La pince sur laquelle j'ai l'honneur d'attirer l'attention des lecteurs du *Concours médical* a pour but de faciliter un des temps du traite-

ment classique de l'ophtalmie des nouveau-nés, le retournement complet des paupières, l'étalement des culs-de-sac pour l'application de l'agent médicamenteux.

Même pour des doigts exercés il est loin d'être toujours facile de retourner les paupières de façon à être certain qu'aucune partie de la conjonctive infectée n'échappe à l'action du nitrate d'argent et dans les cas graves un traitement qui ne répond pas à cette condition risque de donner des déceptions.

Il importe de se garder de la fausse sécurité résultant de ce que le plus souvent l'ophthalmie guérit sans laisser de traces rien que par les cautérisations, les paupières étant retournées simplement avec les doigts.

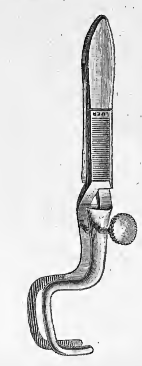
Bénigne, la conjonctivite purulente des nouveau-nés guérit de quelque façon qu'on la soigne, tandis que dans les cas graves, comme le dit le Professeur Panas, on est impuissant à sauver l'œil et à prévenir la cécité, au moins d'une façon complète et, du moins au début rien, pas même l'examen bactériologique du pus, ne permet de reconnaître si on a affaire à un cas plus ou moins grave.

Dans ces dernières années les grands lavages au permanganate de potasse ont été remis en honneur ; j'ai fait beaucoup de ces lavages avec l'entonnoir-laveur de Kalt et je suis arrivé à cette conclusion (conforme à celle de la plupart des médecins qui ont traité de cette façon l'ophtalmie des nouveau-nés) que dans les cas graves ces lavages ne dispensent pas des cautérisations au nitrate d'argent.

Le protargol, de l'avis de beaucoup de confrères, ne vaut pas le nitrate d'argent dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés ; le vieux traitement classique reste donc jusqu'ici au premier rang.

La pince que je recommande est construite par la maison Lüer, de Paris ; le Professeur Panas a bien voulu la présenter à l'Académie il y a quelques mois. C'est, je crois, la seule qui ait été construite au point de vue spécial du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés ; elle est destinée à saisir la paupière préalablement ectropionnée, la pression se maintient automatiquement par un ressort et un croisement de branches ; grâce à une vis qui limite le rapprochement des mors, il n'y a pas à craindre de serrer trop fortement la paupière ; cette pince est facile à aseptiser.

Je m'attache à appliquer le nitrate d'argent sur *toute* la surface conjonctivale ; pour cela, je retourne successivement les deux paupières saisies avec ma pince après avoir été ectropionnées avec les doigts ; comme il est dit plus haut, les deux mors doivent être appliqués sur une surface conjonctivale ; après chacun de ces deux premiers temps, je fais couler sur la surface cautérisée un flot d'eau simple ou boriquée bouillie, puis, pour le cas où dans cette première partie de la cautérisation qui vise surtout les culs-de-sac, quelques points de la conjonctive infectée auraient échappé à l'action de la solution germicide, ne fût-ce que pour toucher les parties qui ont été protégées par les mors de ma pince contre l'action du médicament, dans un 3e temps, j'applique le nitrate d'argent, puis la solution de chlorure de sodium sur la surface conjonctivale ; les deux paupières saisies par le bord libre étant retournées ensemble et le mieux possible avec les doigts.



Dans les cas récents, j'ai obtenu des guérisons bien plus rapides que par le procédé classique ; j'espère que cette pince rendra quelques services, que son emploi sera une amélioration du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'origine des laboratoires gratuits de bactériologie

Sur la demande d'un de nos confrères, nous nous faisons un devoir de reproduire l'article suivant :

Le laboratoire municipal de bactériologie. — Dans la séance du 12 janvier 1895 de la Société de médecine de Paris, M. le Dr Pellier fait une communication sur deux cas de sérumthérapie antidiphtérique suivie de guérison ; le premier, chez une fillette de 11 ans, le second chez la mère de cette enfant.

A la séance suivante du 26 janvier, M. Ladreit de Lacharrière rapproche des observations précédentes celles de trois jeunes garçons ; il appelle l'attention sur les difficultés que le praticien rencontre pour faire l'examen bactériologique et demande à la Société d'émettre le vœu qu'un service gratuit pour cet examen soit organisé à Paris.

Après une discussion à laquelle la plupart des membres prennent part, le vœu est adopté. Des démarches sont faites de différents côtés, notamment auprès du conseil municipal dont le président, M. le Dr Dubois s'est montré tout à fait favorable et a obtenu par ses arguments le vote en séance publique d'une somme de 10.000 francs pour le fonctionnement régulier d'un service d'examens.

M. le Dr Miquel a été chargé de surveiller l'établissement du nouveau laboratoire.

A la séance du 20 juillet 1895, M. Pellier, en l'absen-

ce du secrétaire général, annonce à la Société que le laboratoire fonctionne dans une des dépendances de l'Hôtel de ville. Depuis, de nombreuses demandes y ont été faites par les praticiens des divers quartiers de la capitale et l'utilité en a été promptement reconnue.

L'année suivante, le 27 juin, à la suite d'un travail de candidature de M. le Dr Brunet à la Société de médecine sur le même sujet, M. Pellier communique ses réflexions à propos de trois observations où la guérison a été obtenue. Il conclut en disant que, dans cette médication, comme dans toute autre, il faut apporter le sens clinique ; que dans les trois cas, l'examen bactériologique a été conforme à l'aspect de la maladie et qu'il n'y a qu'à se louer du service du laboratoire que la Société a pris l'initiative de fonder,

Dans la suite, le service s'est étendu à l'examen des produits d'autres maladies, notamment de la tuberculose et a facilité, dans une large mesure, la pratique médicale de la ville et de la banlieue.

Le *Concours médical* se souvient d'autant mieux de l'initiative prise par la *Société de médecine* de Paris, en cette circonstance, qu'il se fit aussitôt l'écho du vœu de M. le Dr Ladreit de Lacharrière et réclama la création de laboratoires analogues, en province. Le succès ne se fit pas attendre, et on ne pourrait déjà plus compter aujourd'hui les inappréciables services rendus à la santé publique par la mise à la portée des praticiens de cette arme si précieuse en médecine, en chirurgie et en hygiène.

Nous comprenons fort bien que la *Société de médecine* tienne à fixer ce point de son histoire, qui lui fait le plus grand honneur.

On oublie si vite les bienfaits, à notre époque de lutte et de concurrences !

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La prescription de l'exercice illégal. — Le droit de poursuite des Syndicats. — M. le Dr Grias, de Pont-Aven (Finistère), secrétaire du Syndicat de Quimperlé, et membre du *Sou Médical*, nous fait parvenir un fort intéressant jugement dont les attendus méritent toute attention, car ils consacrent : 1° le droit pour nos Syndicats d'user de toute l'initiative qui leur a été reconnue par la loi de 1892 dans la poursuite de l'exercice illégal ; 2° la prescription de trois années à partir du délit dans ce genre d'affaires.

Tribunal de 1re instance de Quimperlé.

Audience du 8 mars 1898.

Syndicat médical contre Le Carrer (Jean Marie).

Entre : Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Quimperlé, poursuivant en qualité de partie civile, représenté à l'audience par Me Le Diberder, avoué....... d'une part.

Et : Le Carrer Jean-Marie, fils de Jean-Marie, et de Jeanne-Marie Le Nevic, né le cinq juin mil huit cent cinquante et un à Languidic, arrondissement de Lorient, y demeurant, *profession de rebouteux*,..... d'autre part.

L'affaire appelée à l'audience du premier mars courant et après avoir rejeté la fin de non recevoir opposée à la poursuite et ordonné qu'il serait passé outre aux débats sur le fond, Le Carrer et Me Mail, son avocat s'étant retirés, le Tribunal a donné défaut contre Carrer ; et, il a été immédiatement procédé à l'audition des témoins, lesquels avant de déposer ont prêté serment de dire toute la vérité, rien que la vérité, et déclaré n'être ni parents, ni alliés de Le Carrer ou de la partie civile.

Me Le Diberder avoué, a développé les conclusions de la partie civile ;

Monsieur le Procureur de la République a requis l'application de la loi ;

Puis, le Tribunal a renvoyé à l'audience de ce jour, pour rendre un jugement.

L'affaire évoquée de nouveau à l'audience de ce jour, le Tribunal a statué en ces termes :

Le Tribunal, après avoir entendu les témoins dans leurs dépositions, serment par eux préalablement prêté, Me Le Diberder, avoué, représentant le Syndicat des médecins dans ses moyens et conclusions, monsieur le Procureur de la République dans ses réquisitions :

Attendu que Le Carrer laisse défaut.

Attendu que, d'après les dispositions des articles treize et dix-sept de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze sur l'exercice illégal de la médecine, les médecins ont le droit de se constituer en association syndicale dans les conditions de la loi du vingt et un mars mil huit cent quatre-vingt-quatre pour la défense de leurs intérêts personnels ;

Que dans les cas d'exercice illégal de la médecine, ces Syndicats ont la faculté de saisir les tribunaux par voie de citation directe, des délits qui parviennent à leur connaissance ;

Attendu que depuis la loi de mil huit cent quatre-vingt douze, l'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie, étant considéré comme un délit, l'action publique et l'action civile le concernant ne se prescrivent que par trois années révolues à partir du jour où le délit a été commis ;

Attendu que, par suite, les syndicats de médecins régulièrement constitués ont, de même que le ministère public, le droit de poursuivre les délinquants si les faits délictueux ne sont pas prescrits ;

Attendu que comme conséquence de ce droit les syndicats peuvent, devant les tribunaux saisis, conclure à des dommages-intérêts dans le cas où un préjudice a été causé aux membres qui en font partie et qui n'ont pu être privés, par suite de la formation de ces syndicats d'un droit préexistant à leur profit ; que la loi de mil huit cent quatre-vingt-douze n'a été évidemment édictée que dans leur intérêt et pour leur faciliter l'exercice de ce droit ;

Attendu en outre que l'action du syndicat des médecins n'a pas uniquement pour but de satisfaire à des intérêts purement individuels, mais bien de réprimer dans un intérêt professionnel et général les délits concernant l'exercice illégal de la médecine.

Attendu que le syndicat des médecins de Quimperlé a donc qualité pour intenter une action contre le prévenu Le Carrer et obtenir la répression de délits concernant l'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie et ne remontant pas à plus de trois années ;

Attendu qu'il résulte des dépositions des témoins et notamment de la déposition du premier témoin que depuis moins de trois années, le sieur Le Carrer se rend fréquemment à Quimperlé où il tient un cabinet de consultation dans la maison de madame Le Moing, sise rue Mellac, à Quimperlé ; que les dépositions des deuxième et troisième témoins apprennent que dans le courant des mois d'avril et de mai mil huit cent quatre-vingt-dix sept, Le Carrer a donné des soins à monsieur Jules du Vergier, demeurant à Mellac, pour une fracture de la cuisse; qu'il s'est présenté cinq fois chez monsieur du Vergier et qu'à chaque fois il défaisait les bandages qui maintenaient le membre fracturé pour l'examiner et les rétablissait ensuite ; que le quatrième témoin Le Goff dépose qu'à la même époque, à Mellac, Le Carrer a opéré en ce qui le concerne la réduction d'une fracture du poignet droit et lui a fait deux visites dont la dernière lui a été payée

un franc cinquante centimes ; que ce témoin invité à faire avec ce poignet différents mouvements, le Tribunal a pu constater que la réduction de la fracture a été mal opéré.

Attendu que Le Carrer n'est pas pourvu d'un Diplôme de docteur en médecine ; qu'il a été déjà condamné par le Tribunal pour exercice illégal de la médecine le cinq avril mil huit cent quatre-vingt douze ;

Qu'il résulte des faits ci-dessus que depuis moins de trois ans, il prend part habituellement au traitement des affections chirurgicales, ce qui constitue le délit prévu et repris par les articles seize, dix-sept de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze.

Condamne Le Carrer à une amende de deux cents francs.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Et, statuant sur les conclusions à fin de réparations civiles ;

Attendu que les faits délictueux du sieur Le Carrer ont causé un préjudice aux membres composant le syndicat des médecins de l'arrondissement de Quimperlé et que le Tribunal possède dans la cause des éléments suffisants pour apprécier ce préjudice.

Le condamne à payer à ce syndicat la somme de cent francs pour dommages intérêts.

Condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre Le Carrer.

Afin de réconforter les timorés, il convient de rapprocher ce jugement de celui du tribunal de Parthenay rendu dans le même sens le 24 mai 1895 et reproduit à la page 286 du journal de cette année-là.

Rappelons encore qu'en juin 1895 la 10e chambre correctionnelle de la Seine a prononcé que le droit de poursuite sur citation directe, accordé aux syndicats médicaux, n'est pas restreint au seul délit d'exercice illégal, mais qu'il peut s'étendre à tous les cas lésant les intérêts corporatifs.

Enfin, cette même année, le 14 février 1895, le tribunal de la Roche-sur-Yon (Vendée) condamnait un rebouteur à 100 fr. d'amende et 400 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat de la Vendée.

Qu'importe, après cet accord, que le tribunal de commerce de la Seine ait un jour déclaré qu'un syndicat de marchands de bière ne pouvait se porter partie civile à cause du préjudice causé à tels ou tels de ses membres ? Le législateur de 1892 avait en vue quelque chose de plus noble quand il nous a donné le droit de citation directe et celui de nous porter partie civile : il visait notre rôle de protection de la santé publique.

Courage donc, les syndicats, et sus à l'exercice illégal. Si la caisse s'épuise, songez que le *Sou médical* a tenu à se mettre à votre portée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr A. Cézilly, Directeur du journal « *Le Concours Médical.* »

Cherbourg, 28 novembre 1898.

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

J'ai eu l'honneur de vous adresser, au mois de juin 1897, une lettre que je vous ai écrite, dans un moment d'indignation pour vous signaler qu'une sage-femme honorable de notre ville, Mme veuve Leclerc, avait été dénoncée par des femmes galantes et d'un caractère suspect, comme se livrant à la pratique des avortements.

Le parquet la fit arrêter par des agents de police qui l'appréhendèrent chez elle, en plein jour, et la conduisirent à la prison de la ville.

Elle y fut séparée de sa fille et de sa clientèle pendant cinq longs mois et traitée, non comme une prévenue, mais comme une criminelle. Ensuite elle fut envoyée aux assises à Coutances.

Là, tous les témoins à charge la plupart des femmes suspectes, finirent par déclarer que leurs dépositions étaient fausses et qu'elles avaient été inspirées par des conversations avec des agents de la police des mœurs.

Le jury rendit, à l'unanimité, un verdict de non culpabilité, et fit remettre immédiatement en liberté la prévenue après une longue détention.

Le juge d'instruction fut, peu de temps après, nommé juge à la cour de Rouen.

Il y a quelques semaines un honorable magistrat du tribunal de Cherbourg vint me trouver et me fit part qu'un journal de Rouen avait publié un article très blessant contre M. Lefrançois, ancien juge d'instruction à Cherbourg et nommé juge à Rouen, article dans lequel j'étais nommé comme auteur et que ce journal avait envoyé son numéro à tout le personnel des tribunaux de la ville. Je répondis à l'intermédiaire que je n'avais eu aucune relation avec le journal de Rouen et que je ne connaissais même pas son nom.

Je ne me rappellai pas les termes exacts de ma lettre au *Concours médical*, et j'ai dû rechercher l'article dans la collection de 1897.

J'ai vu en effet que dans l'article il y avait ce trait que je regrette aujourd'hui : « M. Lefrançois a sans « doute été nommé juge à Rouen pour le récompen- « ser de son instruction dans l'affaire. »

Je n'avais pour but que de réhabiliter Mme Leclerc et de faire ressortir l'arbitraire et l'abus d'instruction sans fin contre des prévenus qui sont souvent accusés injustement. Je ne me proposais pas d'attaquer personnellement M. Lefrançois, qui a cru, dans le cas, agir selon son devoir et sa conscience. Je le regrette d'autant plus que M. Lefrançois est fils d'un ancien médecin qui a exercé honorablement la médecine à Cherbourg pendant une quarantaine d'années, et frère d'un médecin qui l'exerce depuis plus de 20 ans. Si j'avais prévu que ma leçon eût été publiée dans un journal politique, j'aurais supprimé le trait qui n'était pas nécessaire pour la défense de Mme *Leclerc*.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments très dévoués.

Dr Guiffart.

Monsieur et cher Confrère

Abonné du *Concours médical*, je m'intéresse vivement à la lutte existante entre mutualistes et médecins, et cela d'autant plus que j'exerce dans une région où tout le monde fait partie d'une société mutuelle. Il est question en ce moment, dans notre ville, de fonder une Mutuelle pour les femmes (dames et demoiselles). Assurément, ces aspirations partent d'un très bon sentiment : c'est même de l'excellent socialisme, mais il ne faudrait pas le pratiquer sur le dos des pauvres médecins, ou bien alors qu'on nous inscrive tous sur la liste des indigents du Bureau de Bienfaisance.

Pour mettre un frein à ces débordements de philanthropie, notre Syndicat a décidé l'élaboration d'un tarif minimum d'honoraires, et j'ai été chargé de le faire. Pour cela, je me suis inspiré du Tarif Jeanne notamment, et de divers tarifs départementaux, surtout de celui du Doubs. Au lieu de le noyer dans les détails et dans les phrases, je l'ai résumé en quelques tableaux. Ce tarif a été adopté à notre réunion générale.

Je vous l'envoie ci-joint ; vous verrez que la question des Mutualités y est traitée dans le sens rai-

sonnablement avantageux pour tous les mutualistes.

Le récent conflit des médecins du Gard avec les mutualistes donne un regain d'actualité à cette question et peut-être nos confrères pourront-ils trouver profit à consulter notre Tarif.

Veuillez agréer, etc.

Syndicat des médecins du Jura

Tarif minimum d'honoraires, adopté le 21 août 1898, dans la réunion du Syndicat.

La clientèle est répartie en trois catégories : Riches, aisés et ouvriers. Les mutualités sont assimilées aux ouvriers, avec les réserves suivantes :

1° Pour les mutualistes que leur situation de fortune ne permet pas de considérer comme ouvriers, le médecin se réserve le droit d'appliquer le tarif ordinaire.

2° Les notes d'honoraires seront payées par les mutualités à époques fixes, au moins annuellement

3° La visite ou consultation ne comportera ni opération, même de petite chirurgie, ni pansement. Toute opération sera taxée en sus, suivant le tarif de chaque catégorie.

4° Les visites faites hors de la localité où réside le médecin seront comptées d'après le tarif kilométrique ci-après.

5° Les certificats de santé pour l'admission dans les mutualités restent à la charge des candidats.

6° Notification sera faite, par le bureau du Syndicat, à toutes les mutualités du Jura, des décisions qui viennent d'être prises dans la réunion de ce jour.

7° Le présenl tarif sera applicable à dater du 1er janvier 1899. Toutefois les médecins qui ont des engagements antérieurs à l'égard des collectivités pourront continuer à s'y conformer, mais ils ne devront prendre de nouveaux engagements que conformément au présent Tarif.

Dr BILLON (Dôle.)

REPORTAGE MÉDICAL

Plus de malades de province dans les hôpitaux de Paris. — M. le docteur Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, vient d'adresser aux médecins, chirurgiens et accoucheurs, chefs de service des hôpitaux, la circulaire suivante :

« Monsieur le Docteur,

J'ai été vivement frappé du grand nombre des demandes qui me sont adressées en vue de l'admission de malades de la province dans les hôpitaux de Paris, soit que ces demandes émanent des malades eux-mêmes, soit qu'elles me soient transmises par les membres du corps médical.

Comme vous le savez, monsieur le Docteur, nos hôpitaux sont légalement à la disposition des seuls indigents parisiens et des personnes tombées accidentellement malades à Paris, et l'admission de malades de la province ne peut par conséquent s'effectuer qu'à leur détriment.

Aussi, les difficultés de la situation financière de l'administration d'une part, et, d'autre part, l'état d'encombrement de nos services et le grand nombre de brancards qui me sont signalés d'une façon permanente dans la plupart des salles, m'ont conduit à prendre la détermination de refuser d'une façon générale l'admission dans nos hôpitaux de malades étrangers au département de la Seine.

Il ne me serait possible de faire à cette règle que de très rares dérogations, et dans le cas où je les jugerais nécessaires, sous l'expresse réserve que les frais de séjour seraient acquittés intégralement et dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire par versements mensuels et d'avance.

Veuillez agréer, etc. ».

Empoisonnement par des poires et le sulfate de cuivre. — Un propriétaire d'Ivry ayant constaté que des malfaiteurs s'introduisaient la nuit dans son verger et dérobaient ses poires, aspergea les arbres fruitiers de son jardin avec du sulfate de cuivre. Les maraudeurs découvrirent sans doute la ruse,et abondonnèrent les fruits volés, car un tas de poires volées fut trouvé dans un chantier de construction de la gare des marchandises d'Ivry. Le gardien du chantier, Pierre Levraud, moins avisé que les voleurs, emporta chez lui plusieurs des poires qu'il venait de ramasser ; sa femme et sa fille trouvèrent comme lui les fruits succulents et en mangèrent si bien que tous trois ressentirent peu après des douleurs d'entrailles violentes. Le gardien fut relevé dans la guérite de son chantier, évanoui. transporté à l'hôpital d'Ivry, râlant, il est mort sans avoir repris connaissance. Sa femme et sa fille étaient en même temps si souffrantes qu'on dût les transporter à l'hôpital de la Pitié dans un état grave.

Cette histoire a une morale : comme on emploie aujourd'hui très largement le sulfate de cuivre pour combattre les maladies parasitaires des arbres fruitiers, il faut peler les fruits avant de les manger, ou au moins les laver.

Comment se font les économies. — Au cours du 3e trimestre 1898, la grippe a augmenté le nombre des visites de nuit à Paris. Mais le Conseil municipal a résolu de ne pas payer pour cela un sou de plus aux médecins, et même, pour le récompenser du surcroît de travail, il trouve bien que la visite de 10 fr. leur soit comptée seulement à 8 fr. 20. L'important est que le crédit ne soit pas augmenté.

Quand le champagne a coulé trop largement aux bals de l'Hôtel de Ville, ces Messieurs imposent-ils semblable réduction par chaque bouteille aux fournisseurs. Ils y seraient bien plus autorisés, mais.... il y aurait à craindre l'huissier. Tandis que les médecins sont faits pour être cyniquement dépouillés de ce qui leur appartient. C'est une doctrine qu'on n'avoue pas, mais que nos corps constitués (oh ! combien mal) mettront de plus en plus en pratique.... si nous nous laissons faire.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4312.—M. le docteur L. ARCHAMBAULT, de Paris, présenté par M. le docteur Lambry, de Courtenay (Loiret).

N° 4313. — M. le docteur STEEF, de Paris, présenté par MM. les docteurs Archambault, de Paris, et Jeanne, de Meulan.

N° 4314. — M. le docteur GUILLERMIN, de Grand-Lemps (Isère), présenté par M. le docteur Poulet, de Rives (Isère).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur DROULLON, de La Cambe (Calvados), membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Vingtième année. N° 53 31 DÉCEMBRE 1898

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

MÉDECINE PRATIQUE

Conduite à tenir en cas d'empoisonnement.

Nous ne nous dissimulons pas l'impossibilité de comprendre dans un article général de 4 ou 5 colonnes la totalité des cas d'empoisonnements, mais nous espérons être utile à nos lecteurs, en leur rappelant, sous une forme concise et claire, les lignes principales de conduite qu'ils ne doivent pas oublier, en présence d'un cas quelconque d'empoisonnement.

Et d'abord, pour être plus clinique, nous supposerons, ce qui est le cas le plus fréquent, qu'une personne affolée vient chercher le médecin, d'urgence, pour un empoisonnement. Son premier soin, ainsi appelé, doit être de questionner discrètement la personne venue pour le chercher, ou bien l'entourage du malade, sur la cause possible de l'accident : suicide, crime, imprudence ou erreur, absorption de médicament ou ingestion d'aliments vénéneux aux repas ?

En arrivant auprès du malade, il ne faudra pas oublier de jeter un rapide, mais pénétrant regard sur tout ce qui entoure le malade, dans ses mains, à ses côtés, sur une table, fioles, verres à boire, médicaments. En même temps, on flairera avec soin les odeurs exhalées au voisinage du malade : éther, chloroforme, acide cyanhydrique, ammoniaque, acétone, phosphore.

En s'approchant, on examinera soigneusement la pose, l'attitude, les gestes, la coloration des téguments, et leur température approximative, (au palper), les yeux, paupières, pupilles, cornées, du malade auquel vient d'arriver l'accident.

On n'omettra pas de découvrir et de déshabiller le malade, surtout si personne n'a pu donner de renseignements commémoratifs. L'examen des téguments peut fournir d'utiles renseignements : rougeurs (oxyde de carbone, belladone), marbrures, ecchymoses, traces de coups, d'égratignures, signes extérieurs de lutte et de violences.

L'aspect vultueux du visage indique généralement un empoisonnement par les solanacées (belladone, jusquiame, etc.) ; la mydriase oculaire est aussi produite par les mêmes poisons ; le myosis, par la fève de calabar, l'ésérine, les champignons vénéneux ; le liseré bleu des gencives indique le saturnisme chronique; les spasmes gutturaux sont dus soit aux solanacées, soit à un corrosif, vitriol, esprit de sel, esprit de nitre, eau de Javel, eau seconde, alcool pur ; la palpation du pouls décèle soit des *irrégularités* et des arrêts (*srofulariacées, digitale*), soit une fréquence excessive (strychnine, poison des champignons). L'examen de l'odeur, de l'haleine a une réelle importance dans bien des cas : on peut ainsi reconnaître l'eau de Javel, le chlore, le phosphore, l'acide phénique, les cyanures.

D'ailleurs, quand le malade a eu des vomissements, le meilleur renseignement est fourni par l'odeur de ces vomissements.

Odeur phéniquée : acide phénique, créosote, gaïacol.

Odeur alliacée : phosphore, sulfures métalloïdiques.

Odeur d'amande amère : cyanures, acide prussique.

Odeur chlorée : eau de Javel, acide Hcl, chlorure de chaux et hypochlorites, etc.

Odeur de safran ; laudanum, etc.

La couleur des vomissements a aussi une très grande importance : la couleur bleue indique des sels de cuivre ou une substance colorante d'aniline ; la couleur rouge-violette est caractéristique d'une solution de violet d'aniline, encre violette, ou liquide antiseptique coloré ; le rouge est symptomatique du sang (hématémèses, phosphore, antimoine, corrosifs) ou d'une solu-

tion antiseptique colorée en rouge; le brun peut provenir du phosphore, du laudanum, du permanganate de potasse, etc.

Enfin, si le malade a des mouvements convulsifs, des sueurs abondantes, du refroidissement des extrémités, il peut se faire que le poison soit un alcaloïde de la fève de Saint-Ignace (teinture, gouttes amères de Baumé, strychnine), d'une solanacée ou d'une scrofulariacée (digitaline, nicotine), d'un champignon (muscarine, etc.) soit d'un corrosif chimique, acide ou alcalin.

Le coma et l'insensibilité réflexe peuvent indiquer l'empoisonnement par le laudanum, l'opium, le curare, le chloroforme, la cocaïne.

Les coliques violentes proviennent généralement de l'ingestion de sels de cuivre, de mercure, d'arsenic, d'antimoine, de phosphore, de champignons, de mollusques vénéneux (moules) ou de poisons ptomaïniques, d'aliments fermentés et putréfiés.

D'ailleurs, les poisons les plus habituellement rencontrés dans la pratique sont : le laudanum, les alcaloïdes des solanacées, la strychnine, le phosphore, les cyanures, les champignons, les mollusques vénéneux, les gibiers et crustacés putréfiés.

En dehors de ces poisons, on n'est guère appelé à traiter que des intoxications par les médicaments trop violents ou mal administrés (acide phénique, sublimé, cocaïne, morphine, belladone et atropine, aconitine, strychnine, huiles phosphorées, corrosifs : liniments pour frictions, térébenthine, etc.).

I.

TRAITEMENT A APPLIQUER IMMÉDIATEMENT.

L'empoisonnement reconnu, que doit-on faire immédiatement ?

S'il s'agit d'une asphyxie ou empoisonnement par l'oxyde de carbone, faites ventiler largement, frictionnez énergiquement tout le corps au vinaigre ou à l'alcool, sinapisez les jambes, flagellez les joues et les mains, faites deux ou trois injections intra-musculaires d'éther, et une injection de deux ou trois cents grammes de sérum artificiel (chlorure de sodium 7, eau distillée bouillie, 1000 gr.) dans une veine du bras ou de la jambe, enfin, essayez de faire respirer de l'oxygène en ballon et surtout pratiquez les tractions rhythmées de la langue.

S'il s'agit d'un empoisonnement par le laudanum, l'opium, les solanacées ou leurs alcaloïdes (atropine, daturine, hyoscyamine) les renonculacées (aconitine), les scrofulariacées (digitaline), la conduite qui s'impose d'abord est de faire vomir ou mieux de faire absorber le plus rapidement possible dans du café une cinquantaine de grammes de solution de teinture d'iode, 1/2 gramme avec 5 grammes d'iodure de potassium (solution iodo-iodurée qui précipite et neutralise les alcaloïdes). Puis on pratiquera le lavage de l'estomac avec le tube Faucher ou Debove et de l'eau ordinaire. Après cette double opération, on administrera force café noir ou thé chargé; on pratiquera des frictions énergiques des extrémités des membres, des flagellations, des sinapisations et des piqûres intra-musculaires *d'éther*.

FEUILLETON

Vœux pour 1899.

> Que votre maison demeure, entre toutes, la maison sereine, où le malheur ne doit pas entrer.

Puisse-t-elle vous être propice et bienfaisante cette nouvelle année, qui devrait bien nous arriver les mains chargées de blancs bouquets, de rameaux d'olivier, et coïncider avec l'annonciation d'un second messie, devenu fort nécessaire, — durant que son aînée, agonisante, embrumée, *qui n'a apporté la solution de rien, ni l'espérance de rien*, entraînera, en sa défroque flétrie et souillée, tant d'amertumes et de fièvre, tant de vilenies et d'injustices !

Puisse-t-elle transformer idées et consciences, reforger caractères et énergies, et faire luire sur notre petit monde médical une aurore de paix et de bonté, y développer la solidarité et même la résignation, de façon que, comme dans le reste de l'humanité, il y ait en haut moins d'indifférence, moins de sécheresse de cœur, et en bas, moins de misère et de désespoir, moins de stations à gravir dans le calvaire annuel des malchanceux et des faméliques.

Puisse-t-elle vous permettre de soulager, chez les autres, encore plus de douleurs physiques et morales que par le passé et de subir avec plus de calme vos propres peines, puisque le mal doit continuer à étendre ses ailes noires sur la terre et qu'il faut que chacun ait ses chagrins, ses deuils, sa part de malheur.

Que les déceptions ou les indignations qu'elle pourra vous causer, ne vous poussent ni au spleen, ni au dégoût, ni à maudire l'énigme de notre destinée, le néant de nos aspirations, de nos joies et de nos tristesses fin de siècle ou de planète. Ce n'est pas le cas d'aggraver, par de mélancoliques souvenirs, la mélancolie de la débâcle actuelle. Il est prudent, au contraire, de réagir, de s'abstraire des hantises habituelles, des outrances coutumières, de toutes les pensées maussades ou trop graves que la brume condensée de l'âge tend à accumuler dans notre cerveau.

....

Alexandre Hepp, dans une de ses spirituelles *Quotidiennes*, a développé cette pensée que la vie n'est qu'une succession de traquenards et de trahisons : « Comme dans les campagnes, dit-il, on voit des écriteaux qui préviennent qu'il y a des pièges à loup, il en faudrait partout pour dire qu'il y a des pièges à bonheur. »

Je vous souhaite cordialement d'échapper aux accidents, aux alertes et aux maux qui vous guettent, de ne pas être victime de la misère sentimentale, aridité morale, détresse et nihilisme intimes.

Au lieu de laisser des plis sombres se creuser sur votre visage et au-dedans de vous-même, exercez-vous à l'indifférence ; laissez le repos monter vers vous, dédaigneux des vaines agitations et des passions qui usent, sans profit pour personne. Sauvez-vous, par la pensée, dans les régions chimériques de l'idéal, de l'imprévu, en compagnie de quelque rêve fleuri de grâce, dans une sorte de ciel constellé d'illusions.

Vous prouverez que vous avez de la sapience à revendre, en ne négligeant rien pour conserver la santé intellectuelle et physique, qui donne la volonté de s'élever toujours plus haut, qui nous arme pour la lutte, pour l'effort, le mieux, la marche en avant, qui permet aussi de sourire de l'ingratitude et de supporter les fatigues, même les plus mal rémunérées.

Vous verrez se ranimer consécutivement les anciennes ardeurs d'un passé sain et robuste, beau

En ce qui concerne l'empoisonnement aigu par la morphine, on peut, au lieu de la solution iodo-iodurée, employer le permanganate de potasse et mieux le permanganate de soude à la dose de 2 grammes pour 1000 gr. d'eau. Le lavage de l'estomac sera pratiqué avec le même liquide permanganique, même plusieurs heures après l'ingestion du poison. On fera une ou deux piqûres hypodermiques de sulfate d'atropine 1/4 à 1/2 milligr., et on administrera force café ou thé très fort. Les révulsifs et les stimulants de la circulation cutanée ne doivent pas être oubliés.

Dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, le meilleur antidote est encore le permanganate de soude à la dose de 2 pour 1000, en lavages et en breuvage. L'essence de térébenthine,à la dose de 2 gr., en potion, est également d'une très réelle efficacité. A défaut de ces deux substances antitoxiques, on devra se borner à faire prendre du lait, de l'eau de chaux, de l'eau albumineuse, du sulfate de cuivre 0.05 centigr. tous les quarts d'heure.

L'empoisonnement aigu par l'acide phénique ou l'eau phéniquée,nécessite la prompte absorption de sulfate de soude, 30 ou 40 grammes avec 750 grammes d'eau. On se hâte ensuite de faire des lavages d'estomac avec le tube Faucher et du sulfate de soude ou de magnésie dissous dans l'eau. A défaut de sulfate de soude, on peut employer l'eau albumineuse. Les effets hypothermisants et le collapsus seront combattus par les injections d'éther, les révulsifs cutanés, les frictions énergiques, les inhalations d'oxygène.

L'intoxication aigüe par l'acide oxalique est efficacement combattue par la magnésie calcinée ou le sucrate de chaux. Le sel d'oseille nécessite l'administration de 20 à 30 gr. de chlorure de magnésium dans de l'eau. Les injections d'éther et de caféine, l'absorption de café fort et les révulsifs énergiques,sont toujours nécessaires.

L'empoisonnement par les cyanures se traite par l'administration de 30 grammes de sulfate de fer et 30 grammes de carbonate de soude dans l'eau. La liqueur de Labarraque très étendue d'eau, 25 ou 30 pour 1000, ou l'eau chlorée, convient aussi dans ces cas. Enfin, il ne faut pas oublier d'administrer un vomitif dès l'ingestion du poison, soit 1 gr. 50 d'ipéca,soit 0 gr. 10 cent. d'émétique. Le collapsus sera combattu par l'oxygène, par la respiration artificielle, par les frictions et l'atropine 1 milligr. en injections hypodermiques.

L'intoxication par la strychine se combat par les vomitifs, l'iode ioduré, le tannin, le café fort, l'huile de ricin. On fait respirer de l'éther, du chloroforme, du nitrite d'amyle et au besoin, on pratique la respiration artificielle.

L'empoisonnement par le sublimé est justiciable de l'eau albumineuse, de l'eau mélangée de farine et des vomitifs. Bouchardat conseille la poudre de fer et de soufre. Enfin,on a préconisé l'emploi du chlorydrate de pilocarpine à la dose de 0,02 centigr. en injection hypodermique.

L'arsenic introduit à forte dose dans l'estomac doit être chassé par un vomitif et d'abondantes boissons d'eau chaude ou salée. On administre

---

et bon par conséquent, la flamme intérieure de ce temps béni, où l'on palpitait, où l'on croyait, où l'on était, où d'insatiables appétits faisaient presque désirer un huitième péché capital et de nouveaux sens, où l'on chantonnait à plein gosier l'extravagante ballade :

Cinq sens seulement ! Cinq ressorts pour nos es- [sors !
Oh ! ce n'est pas un sort.
Quand donc nos cœurs s'en iront-ils en huit ressorts !

D'après Luther, le péché est comme la barbe qui repousse sans cesse et qu'il faut toujours couper : Puissiez-vous ne pas constater trop prématurément que votre barbe a perdu de sa vigueur. L'heure de faire le sénateur, de se poser en défenseur austère de la morale, tout en regrettant les anciennes flambées de jeunesse, sonnera toujours assez tôt.

Vous avez bien le temps de ressembler à ce vieux beau, aujourd'hui neutralisé, qui avouait récemment avec un soupir qu'il n'y avait plus que ses mains qui aillent encore en bonne fortune.

....

Ce n'est pas pour le vain plaisir d'accumuler des vœux amicaux, que je vous conseille d'achever d'enfouir vos tristesses d'antan,celles du moins qui ne sont pas encore bien enterrées et de vous faire en quelque sorte une âme neuve. C'est qu'en effet on se mine, on se ronge, avant les délais voulus, en maugréant sans cesse avec une mine renfrognée de pessimiste.

Cette année qui surgit encore devant nous, représente en fin de compte un supplément d'éclosion de vie, correspond à un sursis qui nous est accordé, pour nous reprendre et mieux faire, en profitant de l'expérience acquise. Le soleil levant du premier janvier doit en conséquence faire monter à nos lèvres plutôt des accents de gratitude que des malédictions.

....

Dans son *Essai sur les mystères de la longévité*, M. Jean Finot a signalé l'autosuggestion comme une des causes de la mort précoce : Que ceux de nos lecteurs, qui sont touchés par la maturité ou simplement par un certain état d'âme, qui confine au découragement, ne se laissent pas abattre et amoindrir par la peur de l'au-delà, par l'appréhension de leur fin prochaine. Cette crainte nerveuse et lâche, cette obsession macabre, dont on meurt, leur enlèverait tout au *moins l'appétit, leur ferait perdre* le bénéfice d'une digestion irréprochable. Leur système cérébro-spinal en serait ébranlé peu à peu et resterait sourd aux stimulants de la vie.

En le voulant bien, ils peuvent devenir centenaires ; en route donc pour un nouveau bail avec l'existence ; c'est un bon exemple à donner à vos clients, dont les plus raisonnables s'abandonnent à cette sereine indifférence, qui, avec les progrès de l'âge, nous endort peu à peu, pour nous rendre le départ moins cruel et nous permettre de franchir plus facilement les étapes vers le néant.

Selon la recette de notre regretté Daudet, pour être fort comme pour être heureux, « il faut ne s'arrêter jamais au mal qu'on dit de vous, ni au bien qu'on dit d'un autre. Ignorons ce qui nous ferait hésitants, et ce qui nous rendrait envieux. Tout cela, c'est du temps perdu ; il s'agit de se boucher les oreilles, de défendre à ses yeux de voir ce qui obstruerait l'idéal momentané qu'on s'est choisi, et en route, et au travail, toujours, sans souci de ce qui se passe à côté. »

Si la part de fortune que nous aurions voulu laisser à nos enfants tend à diminuer de plus en plus, que la part plns précieuse de l'honneur et de la considération reste au moins intacte et entière !

Dr Grellety (de Vichy).

ensuite, à volonté, du sesquioxyde de fer hydraté ou de la magnésie calcinée en suspension dans de l'eau. On obtient l'hydrate de sesquioxyde de fer en précipitant du perchlorure de fer (100 grammes), étendu d'eau (5 litres), par une solution de carbonate de soude (environ 80 grammes dans un litre d'eau) ou par 40 grammes d'ammoniaque dilué. Le précipité rougeâtre obtenu est filtré à travers un mouchoir. On peut l'administrer dans de l'eau chaude en grande quantité, ou bien associer 12 grammes de magnésie calcinée à une solution de 30 grammes de sulfate ferrique, pour eau, 250 grammes ; donner ce mélange trouble par cuillerées tous les 1/4 d'heure, ou encore du fer dyalisé, 30 grammes : en donner plusieurs doses.

Les empoisonnements par les corrosifs acides réclament la prompte administration d'eau alcaline de bicarbonate de soude; de magnésie calcinée, d'eau albumineuse, d'eau de chaux, d'eau de savon, d'eau gommeuse, de tisane de graine de lin, de morphine ou d'éther en injections hypodermiques. Les corrosifs alcalins sont neutralisés par le vinaigre, le jus d'orange, le jus de citron, l'acide acétique, l'acide tartrique, l'acide citrique étendu d'une grande quantité d'eau. On peut donner aussi l'eau albumineuse, l'eau gommeuse, l'eau de graine de lin, le lait ou l'huile d'olive.

Les champignons empoisonnent par la muscarine : son meilleur contre-poison est le sulfate d'atropine en injections hypodermiques. Les moules, les coquillages toxiques sont justiciables de vomitifs, de boissons tanniques fortes comme le café, le thé, de frictions stimulantes énergiques, d'injections intra-musculaires d'éther ou de caféine, ou mieux, d'injections de sérum artificiel.

Enfin le venin de vipère se neutralise par les injections sous-cutanées de chlorure d'or, de sérum Calmettes, de tyrosine de dahlia ou de suc de champignons comestibles (Phisalix).

Mais le premier soin à donner est de ligaturer fortement le membre inoculé, de bien laver la plaie, de la sucer vigoureusement, de la toucher à l'ammoniaque ou à l'acide phénique en solution au 20[e].

II

SOINS CONSÉCUTIFS ET ÉLOIGNÉS.

Les soins consécutifs et éloignés que nécessite tout empoisonnement sont : 1° l'évacuation du poison et du contre-poison, au moyen de purgatifs huileux; 2° le rétablissement des fonctions anéanties : massage et électrisation pour les paralysies arsenicales, alcaloïdiques et chimiques; absorbants et eupeptiques pour l'estomac et l'intestin irrités; désaturation de l'organisme par les antagonistes des poisons, alcool et strychnine, morphine et atropine, aconitine et caféine, atropine et ésérine, alcalins et acides, alcaloïdes et iodiques, phosphore et térébenthine, sublimé et albumine, etc. ; 3° la cicatrisation des plaies et brûlures produites par les corrosifs, les stibiaux, les agents chimiques en général (gastrites ulcéreuses, péritonites par perforations, hémorrhagies et hématémèses, rétrécissements des conduits naturels, œsophage, cardia, estomac et dilatations) qu'ils nécessitent ; 4° retour à l'intégrité des tissus détruits ou altérés par un régime sévère : lait, œufs, boissons légères, eaux alcalines, grand air, exercices.

Signalons, en terminant, les accidents d'intoxication lente produits par le tabac chez les ouvrières des manufactures, d'hydrargyrisme chez les chapeliers, de phosphorisme chez les fabricants d'allumettes, de saturnisme chez les peintres, les ferblantiers, les plombiers, d'empoisonnement fuchsiné chez les teinturiers, etc. Ces accidents seront combattus par les bains fréquents, les frictions, les émonctoires puissants, diurétiques et sudorifiques, purgatifs et saignées, lavages du sang et sérumthérapie artificielle. Malgré tout cet arsenal de moyens énergiques, on a encore trop souvent à déplorer des accidents mortels à la suite de l'introduction dans l'organisme de l'un ou l'autre de ces poisons.

D[r] Paul HUGUENIN.

REPORTAGE MEDICAL

La fièvre typhoïde dans l'armée.— Après un discours fort documenté et très applaudi de M. le D[r] Labbé, le Sénat a voté l'ordre du jour suivant, qui visait particulièrement la lutte contre la fièvre typhoïde, mais aussi par suite de la tournure du débat toutes les maladies évitables :

« Le Sénat, confiant dans la sollicitude de M. le ministre de la guerre, l'invite à compléter énergiquement et dans le plus bref délai possible, toutes les mesures de salubrité nécessaires pour sauvegarder la santé des troupes, et passe à l'ordre du jour. »

Au concours de l'internat, M. Galliard, qui a présidé le jury d'anatomie de ce concours, demande : 1° La suppression du concurrent dit *gendarme* à côté du candidat qui lit sa copie ; 2° des copies *lisibles pour tout le monde* (on accorderait plus de temps), sans abréviations, qui seraient désignées non par les noms des candidats, mais par des numéros, et lues par un lecteur unique non candidat et inconnu des candidats ; 3° faculté pour le jury de délibérer *après chaque lecture*, et non après une dizaine.

La chaire de clinique gynécologique. — La commission du budget a rejeté la création d'une chaire de clinique gynécologique à la Faculté de Paris.

Le Directeur-Gérant : D[r] A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères. — Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1898

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

C

II

Partie Professionnelle

III

Bulletin des Syndicats

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.